



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**As intervenções do enfermeiro especialista de  
reabilitação na readaptação ao domicílio da  
pessoa com limitação funcional - ajudas técnicas  
no autocuidado**

**Cláudia Alexandra de Almeida Guimarães Branco**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Enfermagem de Reabilitação**

**As intervenções do enfermeiro especialista  
de reabilitação na readaptação ao domicílio  
da pessoa com limitação funcional - ajudas  
técnicas no autocuidado**

**Cláudia Alexandra de Almeida Guimarães Branco**

**Orientado pelo professor doutor Miguel Nunes Serra**

**2015**



# ÍNDICE

<b>ABREVIATURAS</b>	<b>4</b>
<b>RESUMO</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
1.1 – Contextualização	10
1.2 - Pessoa com limitação funcional	12
1.3 - Limitação Funcional e processo de reabilitação	13
1.4 - Métodos de avaliação funcional	15
1.5 - Quadro de referência – Teoria do autocuidado de Orem	17
1.6 - Ajudas técnicas	20
1.7 - Reabilitação e ajudas técnicas	23
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES</b>	<b>25</b>
<b>3. CONCLUSÃO</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>67</b>
ANEXO I - Diário da República 2012 – documentos e lista homologada	68
ANEXO II - escalas usadas em EC	82
ANEXO III - folhas de registo usadas em EC	88
<b>APÊNDICES</b>	<b>95</b>
APÊNDICE I – Projeto	96
APÊNDICE II – Incidente Crítico	173
APÊNDICE III – Estudo Caso ECCI	179
APÊNDICE IV – Estudo Caso Pneumologia	201
APÊNDICE V – Incidente Crítico	249
APÊNDICE VI – Incidente Crítico	253





## ABREVIATURAS

ACES – agrupamento de centros de saúde  
ADA – *american with disabilities act*  
AIVD – atividades instrumentais de vida diária  
AS – assistente social  
AT – ajudas técnicas  
AVC – acidente vascular cerebral  
AVD – atividades de vida diárias  
CNAT – catálogo nacional de ajudas técnicas  
CR – cadeira de rodas  
DGS – direção geral de saúde  
DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica  
EASTIN – rede europeia de informação de tecnologias de apoio  
EC – ensino clínico  
ECCI – equipa de cuidados continuados integrados  
ECL – equipa coordenadora local  
ECR – equipa coordenadora regional  
EDIC – exercício de fluxo inspiratório controlado  
EER – enfermeiro especialista reabilitação  
EGA - equipa de gestão de altas  
ELA – esclerose lateral amiotrófica  
ETGOL – expiração lenta total com a glote aberta  
EUSTAT – *empowering users through assistive technology*  
FS – ferramentas de sobrevivência  
HADS – escala de ansiedade e depressão da direção geral de saúde  
INE – instituto nacional de estatística  
INR – instituto nacional para a reabilitação  
LCADL – *London chest activity of daily living*  
MAF – medida de avaliação funcional  
MF – médico de família  
MIF – medida de independência funcional  
MIs – membros inferiores

MSs – membros superiores

OMS – organização mundial de saúde

PA – produtos de apoio

RC – reeducação costal

RD – reeducação diafragmática

RNCCI – rede nacional de cuidados continuados integrados

SAPA – sistema de atribuição de produtos de apoio

SAPE – sistema de apoio à prática de enfermagem

SNRIPD – secretariado nacional para a reabilitação e integração de pessoas com deficiência

TA – tecnologia assistiva

TAC – tomografia axial computadorizada

VNI – ventilação não-invasiva

## RESUMO

A limitação funcional pode ser desencadeada por um processo de acidente, por doença incapacitante ou por envelhecimento. Assim, a pessoa com limitação funcional irá necessitar de ajuda de outra para a realização de atividades de vida diária (como alimentação, higiene, vestir/despir, marcha) ou para se transferir.

Contudo, a pessoa doente deseja [re]encontrar a sua autonomia que outrora possuía sem a ajuda de outro. Para que essa autonomia seja [re]encontrada, a mesma poderá recorrer a instrumentos, designados por ajudas técnicas.

As ajudas técnicas são ferramentas de compensação adequadas às necessidades da pessoa com limitação funcional e que têm como objetivo alcançar autonomia, bem como, a integração na sociedade e inclusão social.

As intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação passam por avaliar o nível de independência funcional para o autocuidado, através do uso de escalas, identificar as necessidades da pessoa, avaliar o ambiente, definir metas de reabilitação, delinear/implementar planos de cuidados, auxiliar na escolha da ajuda técnica adaptada às necessidades específicas da pessoa bem como no ensino do seu funcionamento, procurando a melhoria da qualidade de vida, maximizar a autonomia, a integração social, bem como, a readaptação ao domicílio.

Trabalhando num serviço de medicina interna, o meu trabalho prende-se, com a prestação de cuidados a pessoas com limitações funcionais que necessitem de ajuda para se autocuidarem e alcançarem a sua independência. As ajudas técnicas e o regresso ao domicílio são um tema, na minha perspetiva, ainda pouco desenvolvido por parte dos enfermeiros em contexto hospitalar, tornando-se assim vital a promoção de estratégias de intervenção de enfermagem específicas nesta área, que visem a autonomia da pessoa com limitação funcional e consequentemente se traduzam em ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Limitação funcional; autocuidado; enfermagem de reabilitação; ajudas técnicas; readaptação ao domicílio

## ABSTRACT

The functional limitation can be triggered by an accident process, by a disabling illness, or aging. Therefore, the person with the functional limitation will need the help of another person to do daily activities (like eating, hygiene, dressing/undressing, walking) or to transfer.

However the ill person wishes to regain the autonomy that once had, without the help of others. For such autonomy to be found, it may resort to instruments, designated by technical assistance.

The technical assistances are compensation tools, suitable to the person with the functional limitation needs and they aim to achieve autonomy, as well as social inclusion and integration into society.

The interventions of the nurse specialized in rehabilitation, pass through, evaluate the level of functional independence for self-care through the use of scales; identify the needs of the person; evaluate the environment; set rehabilitation goals; outline / implement care plans; assist in the technical aid choice and this adapted to the specific needs of the person as well as the teaching of its operation, seeks to improve the quality of life, maximize autonomy, social integration as well as the rehabilitation at home.

Working on an internal medical service, my work concerns with providing care to people with functional limitations who need help to self-care and become independent. The technical assistance and the home return, in my perspective, are still little developed by nurses in a hospital, becoming this way vital the promotion of specific nursery interventions strategy in this area, which aim the autonomy of the person with the functional limitation and consequently into health gains.

**Key-words:** Functional limitation; self-care; rehabilitation nursing; technical assistance; adaptation to the domicile

---

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no 3º semestre, após a elaboração do projeto no âmbito da unidade curricular opção II, do 4º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tem como objetivo principal a descrição e análise das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação (EER) desenvolvidas em ensino clínico (EC) (ver apêndice 1 – projeto).

A reabilitação é a área de enfermagem que engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que visam a independência da pessoa com doença incapacitante, maximizando o seu potencial funcional (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Baseando-nos no regulamento das competências específicas do EER da Ordem dos enfermeiros (2010) este deve conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação individualizados, tendo por base problemas reais e potenciais. A partir do nível de conhecimentos e experiência adquiridos, o EER deverá tomar decisões em conjunto com a pessoa/família visando a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, procurando maximizar o seu potencial.

Atualmente, com as transformações políticas e sociais, (como por exemplo reestruturação do serviço nacional de saúde, a crise observada nos sistemas de saúde e proteção social) verifica-se uma constante reorganização dos cuidados de saúde, nomeadamente as altas hospitalares precoces e a desinstitucionalização dos utentes. Isto leva a que as pessoas com dependência sejam cuidados em casa pelas famílias, ou seja a família/cuidador passa a ser responsável na totalidade pelos cuidados prestados à pessoa idosa e/ou em situação de doença (Araújo, 2010).

Numa primeira fase da doença ou envelhecimento a pessoa necessita não só que lhe sejam ensinadas estratégias para uma adaptação ao novo estilo de vida bem como de as aprender. Necessita de instrumentos que maximizem a sua independência para o autocuidado designados por ajudas técnicas (AT). Esta ideia é partilhada por Machado (s.d.) que refere que é fundamental que o enfermeiro esteja atento à pertinência de se realizarem adaptações no domicílio e aquisição de AT necessárias ao autocuidado.

Desta forma, justifico a pertinência do tema “*As intervenções do EER na readaptação ao domicílio da pessoa com limitação funcional – ajudas técnicas no autocuidado*” que desenvolvi nestas 18 semanas de EC.

Machado (s.d.) refere que o facto de as pessoas com limitações funcionais possuírem alta hospitalar sem receber qualquer tipo de informação de como devem proceder fora do contexto hospitalar, origina dificuldades na adaptação ao novo estilo de vida. Assim, nasce a necessidade de realizar este relatório, com a finalidade de compreender e analisar que tipo de intervenções na ótica do EER são necessárias na readaptação ao domicílio da pessoa com limitação funcional, nomeadamente o uso das AT no autocuidado e que contribuem para a obtenção de ganhos em saúde.

Como referido anteriormente, a limitação funcional condiciona a pessoa para o autocuidado. O conceito de autocuidado integra a teoria geral do autocuidado de Orem e caracteriza-se pela capacidade que o individuo tem para a realização de atividades de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos & Lessmann, 2006).

O desenvolvimento e análise das competências como EER nas intervenções necessárias à readaptação ao domicílio da pessoa com limitação funcional foi realizada em dois contextos, em cuidados primários e em contexto hospitalar. Nos cuidados primários, realizei EC numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) num agrupamento de centros de saúde (ACES) de 30 de setembro a 20 de Dezembro de 2013. No contexto hospitalar, realizei EC no serviço de pneumologia de um hospital de 6 de Janeiro a 14 de Fevereiro 2014.

Para além da análise das competências específicas do EER desenvolvidas em EC, este relatório tem outros objetivos: Identificar e analisar as intervenções do EER na readaptação ao domicílio; pesquisa e ensino das AT para o autocuidado da pessoa com limitação funcional.

Farão parte integrante deste relatório: numa primeira fase o enquadramento teórico, numa segunda fase haverá uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas durante o EC, e numa terceira fase serão apresentadas as considerações finais.

---

## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 - Contextualização

A limitação funcional surge na sequência de um processo de acidente ou por doença incapacitante, sendo várias as situações que provocam limitações funcionais com necessidade de AT para o autocuidado tais como o acidente vascular cerebral (AVC), a doença de Parkinson, o traumatismo vertebro-medular, o traumatismo craniano, a esclerose múltipla, o envelhecimento, entre outras.

Segundo dados estatísticos do INE (2004), a população portuguesa tende a diminuir até 2050, verificando-se um aumento do envelhecimento populacional. Desta forma e segundo Nogueira, Henriques, Gomes e Leitão (2007) é espectável um aumento da incidência de doenças incapacitantes ao longo dos anos. Assim não basta viver mais anos, mas sim vivê-los com qualidade, dignidade e bem-estar. Para isso há que ter uma atuação centrada nos problemas e necessidades específicas da pessoa, tornando-se essencial uma reestruturação dos cuidados de saúde, com uma abordagem centrada na prevenção da doença, promoção de saúde e reabilitação pós doença (Veras, 2011; Veras, Caldas e Cordeiro, 2013).

Diante de um envelhecimento populacional e segundo Costa, Nakatani e Bachion (2006) os objetivos dos cuidados em saúde passam não só pelo prolongamento da vida mas também pela manutenção da autonomia da pessoa pelo maior tempo possível. Desta forma e segundo os mesmos autores, é fundamental que a pessoa seja vista de uma forma holística e avaliada a sua capacidade funcional através de escalas adaptadas a cada população.

As patologias que acarretam limitações funcionais geram um impacto somato-psicológico provocando situações indesejáveis, modificações irreversíveis e necessidades de readaptação, ou seja, geram incapacidades totais ou parciais para a realização de atividades dentro dos limites considerados *normais* (Cardoso, 2004).

A pessoa com limitação funcional, numa primeira fase da doença, necessitará de ensino para se readaptar à nova condição e aprender a ser autónoma nas atividades de vida diária (AVD) (como alimentação, higiene, vestir/despir, marcha) e nas

---

transferências. Se a pessoa não possuir as ferramentas fundamentais para o autocuidado, irá necessitar de ajuda de outra para [re]encontrar a sua independência. Para tal poderá recorrer a instrumentos designados por AT ou produtos de apoio (PA).

As AT são ferramentas de compensação adequadas a uma maior autonomia e eficaz integração na sociedade, promovem a existência de uma sociedade mais permeável à diversidade, vislumbram novos caminhos de inclusão social da pessoa com limitação funcional (Cruz, 2000; ISO 9999:2002; Diário da República 2004; Galvão Filho, 2009).

O conceito de PA provém de uma evolução a nível internacional do conceito de AT, ou seja da evolução da norma internacional ISO 9999:2002 para a ISO 9999:2007. PA é qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamento, instrumento, tecnologia e *software*) criado especialmente para prevenir, compensar, controlar, atenuar ou neutralizar deficiências, limitações e/ou restrições (ISO 9999:2007).

Para este trabalho utilizar-se-á o termo AT visto só se abordar dispositivos e instrumentos para o autocuidado, não abordando nem tecnologia nem *software*.

Ao trabalhar num serviço de medicina interna, presto cuidados a pessoas idosas e jovens com vários níveis de limitação funcional tendo como principal objetivo a preparação para o regresso a casa, ajudando-os a atingir autonomia e facilitando a família na aquisição de competências para o papel de cuidador.

Machado (s.d) refere que as pessoas com deficiência regressam ao domicílio sem receber, durante o internamento, qualquer tipo de ensino que facilite a adaptação ao novo estilo de vida. Embora considere que os enfermeiros estejam cientes da importância do seu papel na ajuda à pessoa para a transição entre os cuidados hospitalares e o domicílio, constato diariamente que os mesmos em contexto hospitalar se encontram pouco sensibilizados para a temática das ajudas técnicas e o regresso ao domicílio e o que possa advir desta temática.

Considero assim que se torna vital desenvolver competências através do despertar por parte dos enfermeiros para a importância na apreciação inicial de enfermagem durante o internamento da pessoa, sobre: o tipo de necessidades específicas que a pessoa



---

poderá vir a possuir no domicílio, características do domicílio, o tipo de redes de apoio no domicílio, entre outros, que permitem uma eficaz readaptação ao domicílio.

## **1.2 - Pessoa com limitação funcional**

A pessoa com limitação funcional pode ser a pessoa idosa ou a jovem adulta que sofre uma patologia incapacitante. Esta ideia é partilhada por Sousa, Galante e Figueiredo (2003) quando referem que a dependência não é um fator característico do envelhecimento, porque enquanto alguns indivíduos vivem de uma forma saudável até aos 80-90 anos, outros apresentam precocemente um elevado grau de declínio na saúde, nas capacidades cognitivas, nas competências motoras e na autonomia.

Relativamente ao processo de envelhecimento os autores supracitados fazem referência às teorias do envelhecimento que têm em conta a pessoa como um sujeito pró-ativo, que organiza a própria qualidade de vida através da definição de metas e tentando alcançá-las, recorrendo a recursos que são cruciais para se adaptarem à mudança e manter o bem-estar. Esta ideia poderá ser transversal à população jovem adulta que sofre de uma patologia incapacitante e que vê a sua autonomia comprometida para atividades do dia-a-dia.

Ao abordar a pessoa com limitação funcional (idosa ou jovem adulta em processo de patologia incapacitante) torna-se essencial definir alguns conceitos tais como capacidade funcional, autonomia, independência e declínio funcional.

Capacidade funcional para Lobo e Pereira (2007) caracteriza-se pelas habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma nas AVD e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

A autonomia para as AVD e AIVD caracteriza-se pela capacidade individual para tomar decisões estabelecendo regras (Moraes, Marino e Santos, 2010).

A independência constitui a capacidade para realizar algo com os seus próprios meios. Ou seja é a capacidade para realizar de forma independente as AVD e as AIVD.

Enquanto as AVD se referem a requisitos básicos como o banho, o vestir, as transferências e a alimentação, as AIVD são requisitos adicionais para a vida em

comunidade como por exemplo realizar tarefas domésticas, lavar a roupa, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar a medicação, realizar compras e usar meios de transporte (Costa, Nakatani e Bachion, 2006).

Poder-se-á dizer então que limitação funcional caracteriza-se por um défice de capacidade funcional, autonomia e independência.

Segundo a organização mundial de saúde (OMS), os conceitos de comprometimento, incapacidade e deficiência estão interligados e encontram-se inseridos no contexto entre doença-indivíduo-tarefa-ambiente. Comprometimento significa alteração nos órgãos ou sistemas do corpo. Já incapacidade significa dificuldade para realizar a tarefa. Por sua vez, a deficiência resulta de um comprometimento que pode levar à incapacidade para o desempenho do papel na sociedade. Ou seja, o comprometimento atinge o nível de disfunção orgânica e tem impacto no défice de habilidades, a incapacidade atinge o nível de dificuldade na realização de tarefas e tem impacto no défice no desempenho das mesmas e a deficiência atinge o nível de desvantagem social e tem impacto no défice de papéis (Christiansen, Schwartz, Barnes 1992).

Assim, podemos definir limitação funcional como sendo a dificuldade na realização de tarefas e que tem impacto no desempenho das mesmas.

Na prática diária pode verificar-se que são várias as situações patológicas ou de envelhecimento que acarretam limitações funcionais, repercutindo-se em situações de dependência funcional no autocuidado. As limitações funcionais podem ser temporárias ou permanentes consoante a gravidade da patologia/acidente deixando na pessoa incapacidades a três níveis, nas AVD, nas relações com a família e nas relações com a sociedade (desempenho profissional e atividade de lazer) (Oliveira e Candeias, 2000).

A pessoa com limitação funcional é aquela que possui um ou vários comprometimentos (perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica); uma ou várias limitações (redução ou falta de capacidade para realizar a tarefa); uma ou várias desvantagens (incapacidade de realizar tarefa resultante de limitação, que impede de realizar a tarefa normalmente) (Cruz, 2000; Diário da República, 2009).

### **1.3 - Limitação funcional e processo de reabilitação**

---

---

Para Machado (s.d.) a pessoa com limitação funcional poderá passar por quatro fases no desenvolvimento da sua patologia e no processo de reabilitação. Apesar de abordar este modelo e o ter usado no EC, torna-se necessário realçar que é apenas um modelo e que não é um processo igual para todas as pessoas. As quatro fases são:

1 – Fase de impacto ou choque – que se caracteriza pela autopercepção da limitação funcional e que é vivida como um momento stressante. A pessoa não consegue compreender a magnitude do acontecido. O enfermeiro deve escutar ativamente e compreender os conflitos e angústias da pessoa (Machado, s.d.).

2 – Fase de repercussão ou negação – caracteriza-se pela autoavaliação daquilo que perdeu, avaliando as suas implicações e procurando novas soluções. A pessoa tem dificuldade em aceitar e adaptar-se à nova etapa, mantendo imagem corporal antiga. A pessoa evita estados de depressão/ansiedade e aceita as orientações da equipa passivamente. Pode sentir raiva, ansiedade e culpa que se manifesta por choro fácil ou sob a fachada de autocontrolo emocional. O enfermeiro deve escutar ativamente e fazer com que a pessoa reflita bem como colher informações essenciais para o plano de reabilitação (Machado, s.d.).

3 – Fase de ajustamento ou reconhecimento – caracteriza-se pela consciencialização da sua realidade, através da persistência do quadro clínico, o início do processo de reabilitação e o contato com outras pessoas que experienciam a mesma situação. Contudo podem existir situações de depressão ou sensação de desvalorização que poderão levar a ideias suicidas. Existe alguma esperança no futuro, procurando aprender coisas novas, adquirir conhecimento e experiência. O enfermeiro deve capacitar a pessoa para o autocuidado, através da partilha de conhecimentos sobre adaptações e/ou adequação do domicílio (poderá agendar visitas domiciliárias essenciais para o planeamento do programa de reabilitação) (Machado, s.d.).

4 – Fase de reconstrução – caracteriza-se pela renúncia do passado e no empenho na procura e descoberta de soluções para as necessidades específicas. A pessoa sente-se motivada com os resultados obtidos com o programa de reabilitação e começa a sentir-se recompensado pelos seus esforços. Existe substituição do que foi perdido e valorização das novas conquistas, testando os seus limites. O enfermeiro deve realizar

---

uma avaliação periódica do programa de reabilitação procurando alcançar o maior nível de independência para o autocuidado e AVD (Machado, s.d.).

#### **1.4 - Métodos de avaliação funcional**

Quando se cuida de pessoas com limitações funcionais torna-se fundamental avaliar o nível de independência funcional que essa pessoa possui para o autocuidado.

Segundo Costa, Nakatani e Bachion (2006) é fundamental que a pessoa seja vista holisticamente e avaliada a sua capacidade funcional através de escalas adaptadas a cada população.

São várias as escalas que se podem usar para a avaliação do grau de limitação funcional para a realização de AVD, como: *Activities of daily living questionnaire*, *Assessment of living skills and resources*, *Barthel Index*, *Bristol activities of daily living scale*, *Frenchay activities index*, *Functional independence measure and functional assessment measure*, *Katz index of activities of daily living*, *Instrumental activities of daily living scale and physical self-maintenance scale* entre outras (Tate, 2010).

Para a realização deste relatório abordar-se-á a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e a escala de Medida de Avaliação Funcional (MAF).

Ambas as escalas supracitadas são, maioritariamente, usadas em situações de traumatismo vertebro-medular permitindo avaliar o impacto da lesão nas AVD. Contudo por abordarem e avaliarem pontos como autocuidado, controle de esfínteres, mobilidade/transferência, locomoção, comunicação, adaptação psicossocial e função cognitiva em pessoas com limitações funcionais, tornam-se aspetos relevantes a serem avaliados noutras patologias que comprometam a independência funcional e que, por esse motivo, se escolhe adaptá-las na realização deste relatório.

#### **MIF**

A escala MIF, segundo Menoita (2012), tem em conta 18 itens avaliados numa escala em que o valor máximo é 7 e o mínimo é 1 (resultado máximo de 126 e mínimo de 8).

Os 18 itens são avaliados nas categorias do autocuidado (higiene pessoal, alimentação, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização da casa de

banho), do controle de esfíncteres (controlo eliminação vesical e intestinal), da mobilidade / transferência (cama/cadeira/cadeira de rodas (CR), sanita, duche / banheira), da locomoção (marcha / CR, escadas), da comunicação (compreensão, expressão), da adaptação psicossocial (interação social) e da função cognitiva (resolução de problemas, memória) tendo em conta sete níveis de medida de independência funcional (Menoita, 2012).

Esses sete níveis consistem, segundo Oliveira e Candeias (2000) e Tate (2010):

Nível 1 – Assistência total (assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos do que 25% do esforço necessário para a tarefa),

Nível 2 – Assistência Máxima (utiliza menos de 50% do esforço necessário para a tarefa, mas não necessita de auxílio total),

Nível 3 – Assistência Moderada (necessita assistência moderada, mais do que um simples tocar para executar a atividade – realiza 50% do esforço necessário na tarefa),

Nível 4 – Assistência com o mínimo de contacto (necessita assistência mínima, um simples tocar para executar a atividade – realiza 75% do esforço necessário na tarefa),

Nível 5 – Supervisão ou estrutura (necessita somente de supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa. Poderá necessitar de ajuda somente para o preparo da tarefa quando necessário),

Nível 6 – Independência Modificada (realiza de forma segura e totalmente independente a tarefa com recursos auxiliares, necessitando mais tempo),

Nível 7 – Completa Independência (toda a tarefa é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável).

### MAF

Por sua vez a escala MAF, segundo Tate (2010) é desenvolvida como complemento à escala MIF, incluindo medidas cognitivas, comportamentais, de comunicação e psicossociais, adicionando 12 itens aos 18 já existentes na MIF.

Assim, avalia na categoria do autocuidado (engolir), no controle de esfíncteres, na mobilidade/transferência (carro), na locomoção (acesso à comunidade), na comunicação (ler, escrever, falar de forma inteligível), na adaptação psicossocial (estado emocional, adaptação às limitações, empregabilidade) e na função cognitiva

(orientação, atenção, avaliação da segurança) tendo em conta os mesmos sete níveis da escala MIF (Tate, 2010).

### **1.5 - Quadro de referência – Teoria do autocuidado de Orem**

O quadro de referência que serve de base para o planeamento e operacionalização do EC é a teoria geral de enfermagem do autocuidado de Dorothea Orem.

A escolha desta teoria baseia-se no facto das pessoas que possuem limitação funcional procurarem estratégias para se autocuidarem de forma autónoma, encontrando uma transição eficaz entre o passado e o presente. O passado onde eram autónomas na satisfação das suas necessidades e o presente onde necessitam de ajuda de outros ou de instrumentos, como as AT, para o autocuidado.

Assim, torna-se fundamental realizar um pequeno resumo desta teoria de forma a evidenciar a sua importância quando se cuida de pessoas com limitações funcionais resultantes de patologia incapacitante em contexto domiciliário.

Em 1959, o conceito de autocuidado segundo Orem foi publicado pela primeira vez. Segundo Orem o indivíduo quando é capaz, cuida de si mesmo. Contudo quando não é, a enfermeira deve proporcionar e providenciar a ajuda necessária para o indivíduo satisfazer as suas necessidades (George et al 2000).

Em 1971, Orem publica a primeira versão do seu livro intitulado *Nursing: concepts of practice*. Na terceira versão do mesmo, em 1985, Orem apresenta a sua teoria geral da enfermagem (teoria geral de enfermagem do défice de autocuidado), constituída por três bases teóricas relacionadas entre si: autocuidado, défice do autocuidado e sistemas de enfermagem (George et al 2000).

Inerentes às três bases teóricas estão seis conceitos centrais (autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, défice de autocuidado, serviço de enfermagem, sistema de enfermagem) e um periférico (fatores condicionantes básicos), que são fundamentais à compreensão da teoria (George et al 2000).

#### Teoria do Autocuidado

Para poder compreender em que consiste a teoria do autocuidado torna-se preponderante entender alguns conceitos: Autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e a demanda terapêutica para o autocuidado.

Assim, e segundo George et al (2000), Orem (2001) e Conto, Ramos e Lessmann (2006), os conceitos supracitados consistem:

- 1) *Autocuidado* - realização de atividades por parte do indivíduo para manter a vida, a saúde e o bem-estar;
- 2) *Ação de autocuidado* - capacidade humana para o autocuidado;
- 3) *Fatores condicionantes básicos* - que condicionam o autocuidado (idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sociocultural, fatores do atendimento de saúde, fatores do sistema familiar, os padrões de vida, fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos);
- 4) *Demanda terapêutica para o autocuidado* - ações de autocuidado a serem realizadas para preencher os requisitos do autocuidado.

Um outro conceito inerente a esta teoria definido pelos autores supracitados designa-se por *requisitos de autocuidado*. Estes subdividem-se em:

- 1 - Universais - comuns a todos os seres humanos que correspondem a ações que proporcionam condições internas/externas, favorecendo o desenvolvimento humano - respiração eficaz, ingesta adequada de água/alimentos, processos adequados de eliminação, equilíbrio entre atividade/descanso e solidão/interação social, prevenção de risco para a vida e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano;
- 2 - Desenvolvimento - surgem da necessidade de adaptação a mudanças que surgem ao longo do ciclo de vida ou em situações que afetam o desenvolvimento (maternidade);
- 3 - De desvio de saúde - ocorrem em situações de patologia que afete os mecanismos fisiológicos e/ou psicológicos e que altere o funcionamento integral da pessoa.

#### Teoria do défice do Autocuidado

É considerada o cerne da teoria geral de Orem pois define quando e em que situações, a enfermagem é necessária. Por exemplo, quando um indivíduo adulto é incapaz ou possui limitações na realização contínua do autocuidado.

Para colmatar essas limitações para o autocuidado, Orem define cinco métodos de ajuda que a enfermagem deverá ser capaz de realizar: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos e Lessmann, 2006).

Para além desses cinco métodos de ajuda, Orem define também cinco áreas de atividade que a enfermagem deve praticar: iniciar e manter relação enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até o utente ter alta; determinar a maneira como os utentes podem ser ajudados; responder aos desejos, solicitações e necessidades do utente; prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos utentes e família; coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do utente (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos e Lessmann, 2006).

### Teoria do sistema de enfermagem

Quando existe défice no autocuidado, Orem propõe a teoria do sistema de enfermagem, delineada pelo enfermeiro e baseada nas necessidades de autocuidado do indivíduo, bem como, nas capacidades do mesmo para satisfazer as suas necessidades. Assim, se houver um défice de autocuidado é exigida a intervenção da enfermagem (George et al 2000, Orem 2001; Conto, Ramos e Lessmann, 2006).

Nesta teoria são identificadas três classificações de sistemas de enfermagem: o *sistema totalmente compensatório* (situação em que o indivíduo é totalmente incapaz para o autocuidado e a intervenção de enfermagem é necessária para compensar inteiramente essa incapacidade); *sistema parcialmente compensatório* (situações em que o indivíduo realiza algumas tarefas mas necessita do enfermeiro para compensar aquelas que não consegue executar) e o *sistema de apoio e educação* (quando o indivíduo é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado) (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos e Lessmann, 2006).



## 1.6 - Ajudas técnicas

As limitações funcionais que se manifestam pela dependência no autocuidado exigem uma abordagem mais atenta e competente por parte dos profissionais de saúde. Desta forma, torna-se fundamental que os enfermeiros estejam atentos a produtos existentes no mercado e que capacitem o indivíduo, a encontrar estratégias para o seu bem-estar. Esses produtos, segundo a literatura poder-se-ão designar por AT, PA, tecnologia assistiva (TA), entre outros. Estes são instrumentos que permitem a pessoa com incapacidade, deficiência ou comprometimento, realizar determinada tarefa do seu dia-a-dia de forma mais autónoma possível.

O conceito mais parecido com o de AT remonta aos anos 70 em Inglaterra, e designava-se por *ferramentas de sobrevivência (FS)*, definido pelo professor Heinz S. Wolff. As FS consistiam em produtos que ajudavam as pessoas com incapacidade/deficiência, aproveitando a evolução tecnológica (Küppers, 1999).

Em 1988, cria-se nos Estados Unidos a Lei-Pública 100-407 que compõe, em conjunto com outras leis, o *American With Disabilities Act (ADA)*. Este conjunto de leis regula os direitos dos cidadãos com deficiência e estabelece os critérios e bases legais que regulamentam as verbas públicas e subsídios para adquirir os materiais que designam de *Assistive technology*. A TA consiste numa variedade de equipamentos, serviços, estratégias e práticas criadas e aplicadas para reduzir as limitações funcionais existentes em indivíduos com deficiência (Galvão Filho, 2009).

Na Europa, o conceito de TA é traduzido para AT ou PA. Estes termos são utilizados pelo consórcio EUSTAT – *Empowering Users Through Assistive Technology* que define PA como sendo todos os produtos e serviços essenciais para a compensação de limitações funcionais, permitindo a independência e aumentando a qualidade de vida das pessoas com deficiência e/ou idosos.

O EUSTAT desenvolveu quatro documentos publicados na comissão europeia que vale a pena ter em linha de conta: “Educação em tecnologias de apoio para utilizadores finais: linhas de orientação para formadores”, “Vamos a isso! Manual de ajudas técnicas para o utilizador final”, “Fatores críticos que envolvem a educação de

---

utilizadores finais em relação às tecnologias de apoio”, “Programas de educação em tecnologias de apoio para utilizadores finais na Europa” (Galvão Filho, 2009).

Em 2004-2005, foi criado o consórcio EASTIN – Rede europeia de informação de tecnologias de apoio, com o objetivo de criar uma rede internacional de informações sobre AT, capaz de ajudar todos os países europeus a dar respostas a questões como: quantos produtos e serviços de AT existem na Europa? Quais são as especificações técnicas desses produtos? Como se pode ter acesso aos mesmos? Quais as normas legais, de cada país sobre o financiamento público e distribuição dos produtos? Como ajudar o utilizador final a fazer a escolha adequada dos produtos? (Galvão Filho, 2009).

Em 2005, em Portugal, foi disponibilizada a primeira versão do catálogo nacional das ajudas técnicas (CNAT). Este catálogo foi um projeto entre o secretariado nacional para a reabilitação e integração de pessoas com deficiência (SNRIPD) (atual instituto nacional para a reabilitação, I.P (INR)) e o ministério do trabalho e da solidariedade social. A sua organização é baseada na norma internacional ISO 9999: 2002.

Segundo o CNAT, as AT consistem num determinado instrumento, produto, equipamento ou sistema tecnológico de produção especializada ou à venda, utilizado por um indivíduo com limitação/deficiência de forma a prevenir, compensar, atenuar ou eliminar uma deficiência, incapacidade, limitação ou desvantagem (Andrich, 1999; Queirós, 2001; ISO 9999: 2002; Galvão Filho, 2009).

Em 2007, o conceito de AT foi alterado para PA através da realização da norma internacional ISO 9999:2007. Nesta norma, as AT são agrupadas em classes, subclasses e divisões. Segundo as classes, as AT são agrupadas em ajudas para tratamento clínico individual; ajudas para treino de capacidades; ortóteses e próteses; ajudas para cuidados pessoais e de proteção; ajudas para a mobilidade pessoal; ajudas para cuidados domésticos, mobiliário e adaptações para habitação e outros locais; ajudas para comunicação, informação e sinalização; ajudas para manejo de produtos e mercadorias; ajudas e equipamento para melhorar o ambiente, ferramentas e máquinas; e ajudas para recreação (Diário da República, 2012). (ver Anexo I – Diário da República 2012 – documentos e lista homologada).

---

As AT visam a melhoria da autonomia e da qualidade de vida das pessoas com deficiência e também da população idosa, tendo em conta três dimensões: a atividade (o que se pretende realizar, com mais autonomia, menor dependência, maior segurança e menor cansaço), o ambiente (onde se desenvolve a atividade) e a pessoa (quem desempenha a atividade influenciado pela sua personalidade, os recursos que possui, as suas limitações) (Andrich, 1999; ISO 9999:2007; Galvão Filho, 2009).

As AT têm como objetivos não só a recuperação de uma função corporal (próteses, ortóteses) mas também, o desenvolvimento de atividades específicas do dia-a-dia. As AT que visam o desenvolvimento de AVD exigem uma avaliação multifatorial (avaliação técnica, ambiental, familiar e social) (Andrich, 1999; Cruz, 2000; Queirós, 2001).

A utilização de AT exige não só uma adaptação bidirecional (do utilizador ao produto e deste ao utilizador), bem como, da aceitação por parte da pessoa. A escolha da AT deve refletir a finalidade pela qual foi escolhida e adaptar-se às necessidades da pessoa. Se assim não for, as pessoas não se adaptam eficazmente ao equipamento ou, simplesmente, deixam de o usar. Isto acontece porque, por vezes, são escolhidas AT pelo que se “*ouviu dizer*” ou por avaliações pouco eficazes tornando-se no futuro em gasto de dinheiro, energia e esperança. Uma escolha eficaz da AT é influenciada por vários fatores como o ambiente, as pessoas que rodeiam o utilizador e o nível de conhecimento do utilizador (Andrich, 1999; Cruz, 2000; Cruz, 2001).

É fundamental que cada país possua um sistema de fornecimento de AT que funcione como intermediário entre as necessidades da pessoa e os recursos existentes na comunidade. O sistema tem como objetivos: fornecer AT apropriadas às necessidades específicas da pessoa, otimizar relação entre custo-eficácia, reduzir barreiras económicas para utentes e empresas e reduzir custos administrativos. Em Portugal, o sistema de atribuição de AT criado em 2009, denomina-se sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA) (Andrich, 1999; Diário da República, 2009).

Em Portugal, as AT são subsidiadas a 100% quando fazem parte da lista homologada ISO 9999:2007 e prescritas pelo médico no centro de saúde, hospital e/ou nos centros de reabilitação. E são financiadas parcialmente quando consta da tabela de reembolso

do sistema nacional de saúde, ou quando coberta pela companhia de seguros (SNRIPD, 2004; Preto, 2008).

Porém, é fundamental sublinhar que existem entidades apenas prescritoras, outras prescritoras e financiadoras, outras apenas financiadoras e uma entidade gestora. Todas estas entidades estão interligadas por um sistema informático centralizado cuja gestão pertence ao INR. Há ainda entidades que podem, a título excecional, atribuir e financiar AT como a cruz vermelha, as câmaras municipais e as juntas de freguesia (SNRIPD, 2004; Preto, 2008).

Para desencadear o processo de atribuição e financiamento das AT é obrigatório a prescrição médica, com o preenchimento de uma ficha de prescrição disponível *online* (ver Anexo I – Diário da República 2012 – documentos e lista homologada). Consoante o tipo e complexidade da AT necessária a prescrição pode ser de nível 1 (prescritas pelos médicos dos centros de saúde), nível 2 (prescritas pelos médicos dos hospitais distritais) e nível 3 (prescritas por médicos de hospitais centrais, distritais e centros especializados com equipa de reabilitação) (SNRIPD, 2004; Preto, 2008).

### **1.7 - Reabilitação e Ajudas Técnicas**

A reabilitação consiste segundo a OMS (2011) num conjunto de medidas que ajudam o indivíduo com limitações funcionais a adquirirem e manterem uma funcionalidade eficaz em interação com o seu ambiente. Essas medidas são realizadas durante determinado período, envolvendo intervenções simples ou complexas, realizadas por uma pessoa (por exemplo cuidador, enfermeiro) ou por uma equipa multiprofissional (enfermeiro, terapeuta, fisioterapeuta, médico) numa fase aguda até uma fase de manutenção.

O EER possui um papel preponderante para os indivíduos que possuem limitação funcional e que necessitam de AT para o seu autocuidado. Desta forma, o EER deve identificar o problema e necessidade da pessoa, avaliar o ambiente, definir metas de reabilitação, delinear e implementar medidas/plano de cuidados, auxiliar na escolha da melhor AT adaptada às necessidades específicas do utilizador, bem como, no ensino do seu funcionamento, procurando sempre a melhoria da qualidade de vida, a maximização da autonomia bem como a integração social da pessoa (Machado, s.d; Ordem dos enfermeiros, 2010).

O ERR não deverá esquecer a importância do indivíduo e família, na participação e envolvimento destes, na sinalização de situações problemáticas, bem como, na sugestão de estratégias para solucionar essas mesmas situações (Gemito, 2003).

Muitas vezes as estratégias para solucionar situações problemáticas passam pelo uso de AT. Assim, o EER deve capacitar a pessoa com limitação funcional ao uso de AT, assumindo um papel preponderante como parceiro no cuidado, tendo como objetivo capacitar a pessoa para o autocuidado e independência tendo responsabilidade na adaptação e desenvolvimento de estratégias para o novo papel da pessoa com dependência (Pereira, 2011).

---

## 2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES

### ECCI

O primeiro EC decorreu na ECCI de um ACES. A escolha deste local recaiu sobre a necessidade que senti como enfermeira que trabalha em contexto hospitalar em adquirir competências sobre que tipo de intervenções o EER tem em contexto domiciliário; que estratégias em termos de enfermagem de reabilitação existem em contexto de cuidados de saúde primários; como se articula a equipa de gestão de altas hospitalares (EGA) com a comunidade; a tipologia de redes de apoio na comunidade; a tipologia de necessidades da pessoa/família no domicílio, bem como a tipologia de AT.

A ECCI pertence à rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em resposta domiciliária.

A equipa possui uma bolsa de 20 utentes. Para entrar nessa bolsa, o utente é referenciado para a RNCCI por duas vias, pela EGA em contexto hospitalar ou pelo médico de família do centro de saúde. Após referência para a RNCCI, os utentes são organizados pelas equipas coordenadoras regionais (ECR) do norte, do centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo ou do Algarve. Após a organização pela ECR, o utente é selecionado pelas equipas coordenadoras locais (ECL) do centro de saúde ou dos ACES (Ministério da saúde, s.d.).

A equipa de enfermagem é constituída por 5 elementos, três enfermeiros generalistas (um deles a frequentar a especialidade de enfermagem comunitária e outro a de enfermagem médico cirúrgica vertente oncológica) e duas EER.

Os utentes são distribuídos pelos 5 enfermeiros tendo em conta as suas necessidades. O EER de acordo com a lógica organizacional da equipa/instituição fica apenas com os utentes com necessidades de reabilitação. Contudo muitas vezes o número de utentes é elevado e nem sempre com necessidades apenas de reabilitação.

Normalmente a primeira visita domiciliária é realizada por apenas um enfermeiro, à exceção de existirem, por exemplo questões de logística, organização da equipa, transporte e cumprimento de horários, em que nesses casos é realizada por dois

enfermeiros (2 enfermeiros especialistas ou 1 enfermeiro especialista e outro generalista).

Os utentes aos quais eram prestados cuidados de enfermagem, nomeadamente cuidados de enfermagem de reabilitação apresentavam patologias do foro respiratório (pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiências respiratórias, neoplasias pulmonares) mas também apresentavam outras patologias do foro sensório-motor como sendo AVC, esclerose lateral amiotrófica (ELA), situações neoplásicas com metastização, situações pós-cirúrgicas (osteoarticulares), entre outras.

## PNEUMOLOGIA

O segundo EC decorreu num serviço de pneumologia de um hospital, o serviço tem uma lotação de 18 camas, contudo quando os 3 quartos de isolamento se encontram ocupados ficam com uma lotação de 15 camas, não havendo possibilidade de ocupar as outras 3 camas.

O serviço recebe utentes com diversas patologias, maioritariamente do foro respiratório, onde se podem destacar as seguintes como sendo as mais frequentes: DPOC com necessidade de ventilação não invasiva (VNI); derrame pleural; insuficiência respiratória; casos de transplantes pulmonares; traqueobronquites; neoplasias pulmonares; infeção respiratória; asma; hemotórax; pneumotórax; fibrose pulmonar e casos de empiemas.

A equipa de enfermagem é constituída por 17 enfermeiros, dos quais 2 elementos são de coordenação e especialistas na vertente médico-cirúrgica; 1 enfermeiro especialista em saúde mental; 1 enfermeiro com especialidade de médico-cirúrgica e 6 EER. Só uma das EER é que trabalha em turno fixo. Os restantes trabalham em horário rotativo o que permite uma melhor abordagem ao utente internado e um melhor acompanhamento do mesmo, relativamente aos cuidados de reabilitação prestados.

Os objetivos delineados no projeto de formação e desenvolvidos ao longo do EC foram:

---

**1 – Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multiprofissional, nos dois contextos de EC, compreendendo a sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades.**

Para atingir este objetivo as atividades desenvolvidas passaram por realizar momentos de entrevistas informais com EER, bem como com restante equipa multiprofissional; observar a estrutura funcional dos serviços; consultar protocolos, manuais, documentos do serviço, bem como de instrumentos de registo; integrar as equipas; identificar práticas, procedimentos e estratégias de intervenção a pessoas com limitação funcional e alterações do padrão respiratório em contexto de EC.

Refletindo sobre este objetivo considero que fui muito bem recebida por toda a equipa em ambos os contextos. Sempre se mostraram bastante disponíveis para o ensino e, considero que consegui de forma progressiva e gradual, integrar-me em ambas as equipas, compreendendo a sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades dando o meu contributo dia-a-dia como estudante, colega, pessoa e futura enfermeira especialista. Inicialmente mostrando alguma “timidez”, mas progressivamente demonstrando iniciativa e disponibilidade para encontrar, em conjunto com as EER, soluções aos problemas/necessidades da pessoa/família, integrando a minha experiência profissional e mobilizando os conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Ao integrar-me na equipa de enfermagem não posso esquecer como é fundamental existir uma equipa multidisciplinar que funcione com a mesma visão e cujos objetivos sejam os mesmos (alcançar a melhoria clínica do utente bem como a autonomia do mesmo e respetiva família).

O trabalho em equipa é fundamental não só em contexto hospitalar mas também em contexto domiciliário. Em contexto domiciliário o trabalho em equipa promove a continuidade de cuidados com vista à melhoria da reintegração comunitária e consequentemente aumenta a qualidade de vida de quem cuidamos.

Para Nascimento et al (2008) o trabalho em equipa é fundamental para compreender a pessoa de forma ampla e integral, através do estabelecimento de novas e complexas relações e interações entre os profissionais.



Em contexto domiciliário, os enfermeiros realizam sozinhos as visitas e muitas vezes deparam-se com situações/necessidades/questões que não sabem dar resposta porque não fazem parte da sua área de competências, mas que o facto de trabalharem em equipa com outras áreas, permite articular os cuidados vendo e cuidando aquela pessoa como um todo. Ouvi muitas vezes ser dito que *“na comunidade trabalhamos sem rede de apoio”* ou *“somos muito autónomos nas nossas funções e no papel que desempenhamos”*, *“no hospital tudo acontece no momento (...) um utente descompensa e têm logo todos os meios de diagnóstico ao alcance de um telefonema”*.

Segundo Carvalhido e Pontes (2009) o processo de reabilitação deve ser unipessoal e não deve terminar no hospital, mas sim quando a pessoa alcança a autonomia no seu contexto. O sucesso do processo de reabilitação e segundo as autoras supracitadas depende da continuidade do mesmo do contexto hospitalar para o contexto domiciliário e da articulação entre a equipa de saúde e a pessoa. Tendo como base a ideia das autoras, durante o EC pude articular os cuidados de enfermagem com a restante equipa multiprofissional, pedindo o seu apoio em determinadas situações com o objetivo de alcançar o sucesso do plano de cuidados de reabilitação delineado.

1) o apoio da nutricionista no caso do Sr. J.M (homem de 76 anos com o diagnóstico de linfoma não-hodgkin de células b, estadio IV, com bloqueio completo da D3 com compressão concêntrica da medula + lesão metastática no fémur direito, submetido a ressecção alargada do fémur e reconstrução com prótese da anca direita) na definição de um plano alimentar mais saudável e tendo em conta os gostos e necessidades do próprio, de forma a que este perdesse peso e assim facilitasse a sua autonomia nas AVD. Reforçando a importância da realização de uma alimentação mais polifracionada e hipocalórica, dando preferência aos alimentos grelhados e cozidos, legumes e fibras, reduzindo as alimentações muito condimentadas. A equipa multidisciplinar (enfermagem e nutricionista) conseguiu desmistificar algumas ideias pré-concebidas sobre a perda de paladar e os alimentos muito condimentados.

2) o apoio da nutricionista, psicóloga e médica de família (MF) no caso do Sr. R.L. (homem de 68 anos com o diagnóstico de ELA). O Sr. R.L. encontrava-se muito emagrecido e desidratado. Referia anorexia pelo que poucas eram as refeições que fazia. A família (esposa) não conseguia fazer com que ele comesse. Por parte da

---

equipa de enfermagem foi falado com o utente e dado espaço e tempo para o mesmo referir porque não queria comer ou porque não sentia vontade em comer. O Utente referiu várias vezes que *“talvez assim acelere o processo...”*. Foi pedido apoio à psicóloga para encontrar estratégias para falar com utente para perceber as suas ideias, os seus medos e angústias. Foi pedido apoio à nutricionista para elaborar um plano alimentar mais saudável, com realização de refeições em horários adequados. A equipa de enfermagem realizou explicação da importância da adesão ao regime terapêutico em colaboração com a MF.

3) o apoio da assistente social (AS) no caso da D<sup>a</sup> M.T.S mulher 78 anos, acamada, com síndrome demencial. Utente residia com marido com situação familiar disfuncional. Marido apresentava sinais de síndrome demencial – recusava cuidados da empregada (de empresa privada) que se encontrava em casa 24h para os cuidados de higiene, alimentação e limpeza da casa. Em conjunto com a AS, psicóloga e MF realizou-se uma reunião familiar para falar com a D<sup>a</sup> M.T.S., o marido e os filhos para chegarmos a uma solução do caso vivenciado com esta família. Foi explicado ao marido que ele e a D<sup>a</sup> M.T.S. necessitavam da ajuda da empregada para as lides domésticas bem como para auxiliar a D<sup>a</sup> M.T.S. nas AVD. Foram necessárias várias reuniões de família para que o marido aceitasse o apoio da comunidade e no apoio da empregada.

4) apoio da MF nos casos por exemplo do Sr. J.V (homem de 102 anos ao qual foi delineado programa de reabilitação para a vertente motora, onde era realizado treino de marcha com andarilho, fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores) e no caso do Sr. A.M (homem de 78 anos com programa de reabilitação delineado para a vertente respiratória para o treino de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, expiração com os lábios semi-cerrados, respiração diafragmática, reeducação diafragmática com resistência manual, exercícios respiratórios recorrendo a manobras acessórias (vibrocompressão), ensino da técnica da tosse, treino de AVD).

Reforçando a ideia de que o trabalho em equipa é fundamental, passo a descrever duas situações em que foram verificadas alterações do estado clínico de dois utentes, sendo necessário contactar o MF e posterior reencaminhamento para o hospital da área de residência.

Na primeira situação o Sr. J.V. no dia da visita domiciliária encontrava-se ainda deitado, menos reativo que em dias anteriores. As filhas referiram que o pai se encontrava mais sonolento e que não o conseguiram levantar. À chegada da equipa ao domicílio procedeu-se à avaliação das saturações periféricas com recurso a oxímetro portátil (85%-90% em ar ambiente). Utente não realizava oxigénio no domicílio e por esse motivo foi contactada MF e bombeiros e utente foi encaminhado para o hospital com necessidade de ficar internado.

Na segunda situação o Sr. A.M. à chegada da equipa ao domicílio encontrava-se com aumento do cansaço, com farfalheira/pieira audível sem recurso à auscultação, com aumento da quantidade de secreções expelidas durante o período noturno e alteração das características das secreções para mucopurulentas. Foi por esse motivo contactada MF e bombeiros e utente foi encaminhado para o hospital com necessidade de ficar internado.

## **2. Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família com limitação funcional, em contexto de EC (domiciliário e hospitalar), de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais.**

Para atingir este objetivo as atividades desenvolvidas passaram por desenvolver o exercício profissional de acordo com o código deontológico; promover o respeito pela pessoa/família nomeadamente, a sua privacidade, os seus valores, costumes, crenças pessoais e religiosas; promover o direito da pessoa ao acesso da informação; promover o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; colaborar com a equipa multiprofissional na prestação de cuidados à pessoa/família; participar nas reuniões multiprofissionais e na tomada de decisão em equipa com base em princípios deontológicos.

Conhecendo os meus limites como futura EER, conhecendo onde e até onde podia atuar para alcançar o bem-estar da pessoa/família de quem cuidava e observando como atuava a equipa na qual estava integrada, pude desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família com limitação funcional e/ou padrão respiratório alterado, em contexto domiciliário/hospitalar, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.

Cuidar a pessoa doente em contexto domiciliário é cada vez mais a realidade do nosso serviço nacional de saúde. Como referi anteriormente as altas precoces para o domicílio, a transição dos cuidados para os cuidadores familiares e a reestruturação do próprio serviço nacional de saúde são uma realidade. Para Lacerda (2000) essa transição dos cuidados hospitalares para o contexto domiciliário traz inúmeras vantagens para o processo de reabilitação da própria pessoa (proximidade a um ambiente familiar e conhecido, seguro; baixo risco de infeções hospitalares; reduz o nível de stress relacionado com o internamento), vantagens para o hospital (aumento do número de vagas) e vantagens para os familiares (evita o deslocamento ao hospital, contacto constante com o seu familiar).

Apesar das vantagens do cuidar da pessoa com limitação funcional em contexto domiciliário, torna-se essencial que o enfermeiro esteja ciente dos seus limites, visto que se encontra no ambiente familiar da pessoa.

Trabalhando em contexto hospitalar e realizando EC também em meio hospitalar pude verificar que ao prestar cuidados de enfermagem em contexto domiciliário não podemos esquecer desses limites, não só enquanto enfermeiras mas também como estudantes. Diariamente era eu, a enfermeira, que “invadia” o espaço do utente, a sua casa. Ou seja é crucial que se possua uma consciencialização do importante papel que representamos quando invadimos o espaço e a privacidade da pessoa que se encontra dependente das nossas intervenções (Machado, s.d.).

Durante o EC criei sempre uma relação baseada na confiança e respeito pelo espaço e contexto do utente/família. Duarte (2010) refere que esta relação em domicílio pode-se tornar complexa por três aspetos. Primeiro porque se torna necessário que o enfermeiro reconheça que aquele espaço é dominado pelo utente, o que pode dificultar a negociação dos cuidados. Segundo, porque é necessário manter relações efetivas com o utente/família, definir identidades, limites de responsabilidade, autonomia e cooperação e desenvolver grau de confiança para que todos os cuidados de enfermagem sejam aceites. Terceiro porque a doença e a necessidade de negociação podem influenciar o utente a perder a sua fonte de força que é o facto de este se encontrar num contexto que é seu e um contexto dominado por si.

---

Como anteriormente referi há uma gradual e constante emergência em reduzir os gastos em saúde, através da redução do tempo de permanência dos utentes em instituições hospitalares, delegando muitos dos cuidados para os serviços de apoio à comunidade e para a família (Morais, 2010). Por isso se torna fundamental que o enfermeiro esteja ciente do seu papel no que toca à facilitação de uma eficaz transição da pessoa e família dos cuidados hospitalares para os cuidados domiciliários.

Inevitavelmente, ao prestar cuidados no domicílio entrei no ambiente de segurança. Por isso foi fundamental estar atenta não só à pessoa, mas também a tudo o que a rodeia. Desta forma tive que: 1) observar, por exemplo, a tipologia de recursos disponíveis no domicílio (como AT essenciais para as AVD), a higiene e segurança do domicílio (os quartos sem tapetes e com pouca mobília e casas de banho com dispositivos de segurança por exemplo), o nível de conhecimento da família e cuidador principal; 2) verificar quais os sentimentos, medos, angústias, perspetivas da própria pessoa doente, bem como da família/cuidador (pude verificar que alguns utentes apesar de motivados para recuperarem a sua independência sentiam-se um “fardo” para a família); 3) verificar em que ponto se encontram na aquisição e desenvolvimento de competências para o cuidar; 4) promover a continuidade de cuidados e 5) verificar se a transição do contexto hospitalar para o domiciliário foi realizada eficazmente.

As minhas intervenções como enfermeira tiveram sempre como objetivos principais manter a pessoa o mais autónoma possível nas suas AVD, alcançar a reintegração social da pessoa/família e evitar os reinternamentos hospitalares. Ao prestar cuidados de saúde em contexto domiciliário devemos segundo Duarte (2010) cuidar não só do utente mas também observar todo o contexto familiar e todos os fatores inerentes (sociais, económicos, espirituais, culturais).

Assim sendo, as minhas intervenções em contexto domiciliário passaram por promover uma vigilância de saúde adequada, promover a autonomia e independência para o autocuidado, promover ambiente seguro no domicílio e exterior adaptando o ambiente tendo em conta as necessidades da pessoa (evitando acidentes), promover a comunicação e socialização com a comunidade, promover e estimular a pessoa para ocupação dos tempos livres com atividades.

**3. Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação em contexto de EC (domiciliário e hospitalar) na vertente de enfermagem de reabilitação respiratória e enfermagem de reabilitação sensoriomotora.**

**4. Promover continuidade de cuidados com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com limitação funcional e/ou padrão respiratório alterado e sua família em contexto de EC (domiciliário e hospitalar).**

Para atingir os objetivos 3 e 4 as atividades desenvolvidas passaram por: realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática; esclarecer dúvidas; organizar recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades; procurar estar motivada para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal; demonstrar capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas com necessidade de reabilitação; avaliar a situação da pessoa com necessidade de reabilitação e família identificando as necessidades de apoio; identificar e utilizar instrumentos de avaliação à pessoa com necessidade de reabilitação; realizar programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; elaborar plano de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa e família; prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em colaboração com a EER; envolver a família/cuidador nos cuidados prestados; refletir acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e aperfeiçoamento contínuo; adquirir conhecimentos sobre tipo de limitações respiratórias, patologias incapacitantes, noções de anatomia e fisiologia, prognósticos; observar o tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação respiratória e sensoriomotora; desenvolver conhecimento sobre AT relacionadas com a vertente respiratória (classificação ISO, domínio do banco de dados, conhecimentos básicos sobre AT, elementos da legislação sobre limitação funcional e AT, domínio dos equipamentos disponíveis); promover e realizar ensino sobre a utilização de AT adaptados às limitações e necessidades da pessoa, bem como aos contextos da vida social e profissional; incentivar à utilização das AT para promoção da autonomia e realizar ensino à família/cuidador e próprio utente como usar

as AT; avaliar a situação da pessoa com limitação funcional e respiratória identificando as necessidades de apoio na comunidade, com vista à sua reinserção.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação bem como a promoção da continuidade de cuidados em contexto de EC, torna-se fundamental delinear planos de enfermagem de reabilitação através da utilização de escalas ou instrumentos de avaliação. Desta forma tive oportunidade de utilizar ferramentas de uso diário pela equipa de enfermagem. Entre elas destaco:

- a) Instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Escala de Braden.
- b) Instrumentos de avaliação de força muscular – Escala de Lower.
- c) Instrumentos de avaliação de espasticidade – Escala de Ashworth modificada.
- d) Instrumentos de avaliação das AVD – Índice de Barthel, MIF e MAF.

Os instrumentos de avaliação das AVD permitiram-me realizar programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações funcionais e a maximização da autonomia e qualidade de vida dos utentes (Hoeman, Lyszner e Alverzo 2011; Tate, 2010; Menoita, 2012).

No serviço de pneumologia no que concerne aos instrumentos de avaliação relativamente à vertente respiratória a equipa baseava-se numa circular informativa da direção geral de saúde, DGS (2009) e em alguns questionários nela existentes. Os questionários usados baseavam-se nas escalas de ansiedade e depressão (HADS); no questionário de dispneia do *Medical Research Council*; na escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) e no Euro Qol (ver anexo 2 – escalas usadas em EC).

Estes questionários eram preenchidos pelo utente (ou em caso de dificuldade o questionário era lido ao utente e preenchido pela enfermeira) e a utilização dos mesmos permitia à equipa ter uma ideia do grau de cansaço/dispneia percecionado pelo próprio utente. Assim a equipa podia trabalhar a vertente respiratória de forma a reencontrar um novo padrão respiratório do utente, padrão esse que lhe deveria permitir realizar as suas AVD de forma autónoma.

---

Ainda no serviço de pneumologia como registo do trabalho de enfermagem de reabilitação efetuado posso salientar a utilização de dois tipos de registos elaborados pela equipa. Um referente ao programa de reabilitação respiratória e outro ao programa de reeducação funcional motora. Existia um outro tipo de registo onde eram enumerados exercícios (como por exemplo 1) fletir o pescoço expirando, 2) girar os ombros em círculos respirando ritmicamente, 3) com o bastão elevar os braços levantando o bastão e inspirando, 4) marchar no lugar mantendo a respiração rítmica entre outros) que podiam ser realizados pela pessoa com doença respiratória (ver anexo 3 – folhas de registo usadas em EC).

A utilização desta tipologia de registos permite não só uma avaliação da evolução do utente em cada uma das vertentes durante o internamento, como permite um registo do programa de reabilitação realizado cada dia.

Nos dias que antecederiam a alta, no serviço de pneumologia, era entregue ao utente um panfleto com o programa de reabilitação a efetuar no domicílio com referência aos exercícios (como por exemplo com um cabo de vassoura elevar os braços levantando o cabo e inspirando ou ainda subir e descer escadas usando técnica respiratória para conservação de energia entre outros), com as devidas adaptações.

Pude constatar que os utentes quando realizavam os exercícios como os supracitados por exemplo e quando recebiam os panfletos pensavam que quando voltassem ao domicílio não iam poder realizar os exercícios ensinados. Isto acontecia porque pensavam que não os iam conseguir realizar sem possuírem o mesmo material usado durante o internamento (como os halteres, os bastões ou os pesos). Por este motivo tornou-se fundamental que estivesse sensibilizada para estas questões e fosse capaz de realizar ensinamentos ao utente sobre como adaptar os exercícios aos utensílios que existem nos domicílios (como os halteres serem substituídos por pacotes de arroz/farinha/açúcar ou o bastão por um cabo de uma vassoura/esfregona).

A equipa de enfermagem, no serviço de pneumologia, era constituída por um número elevado de EER isso fazia com que existisse uma maior continuidade no programa de reabilitação realizado ao longo do dia, uma maior motivação para a existência de recursos necessários para a realização desses programas e para a eficiência dos



---

mesmos e uma maior motivação por parte dos utentes que observam resultados positivos mais rapidamente (melhoria do estado clínico). Nesta equipa não só existiam ferramentas de registo e avaliação, existia também material suficiente para a realização de programas de enfermagem delineados.

Do material essencial para a realização de exercícios de reabilitação existente no serviço de pneumologia destaco a bola suíça, duas bolas propriocetivas, um disco propriocetivo, um disco de equilíbrio, faixas elásticas de diferentes elasticidades, halteres com vários pesos, dois bastões, uma pedaleira, pesos de pulso de 1,5kg e pesos de tornozelo de 2kg (material adquirido pela equipa).

Estagiar num serviço onde existia toda esta panóplia de material de reabilitação foi sem dúvida uma mais-valia. No primeiro EC necessitei muitas vezes recorrer a outras soluções, tais como a minha própria mão como resistência ou os pacotes de arroz ou cabos de vassoura. Foi-me dada a oportunidade de conhecer as duas realidades, de trabalhar com elas e com os recursos existentes em cada uma e adaptar-me às condições que me foram proporcionadas. Aprendi a trabalhar em dois contextos distintos, com as condições e material que tinha disponível. Sinto-me mais enriquecida por isso e penso que foi uma mais-valia ter a oportunidade de trabalhar nos dois contextos. Por ter passado inicialmente pelo primeiro contexto onde não existia material, pude verificar as necessidades que os utentes tinham no domicílio, e isso permitiu-me estar mais atenta no segundo contexto aos ensinamentos que realizava. Sempre tendo em consideração que tipo de programa de reabilitação é que ia realizar e os aspetos que tinha que ter em conta no regresso a casa (a nova condição, a adaptação a novos estilos de vida, a readaptação ao domicílio).

Para isso foi também essencial a realização do incidente crítico que me ajudou a encontrar outras estratégias e refletir sobre esta temática embora tenha sentido alguma dificuldade na realização do mesmo por não existir bibliografia. Recorri por isso à experiência da EER e equipa (ver apêndice 2 – incidente crítico).

Ao trabalhar com os utentes do serviço de pneumologia e tendo em conta o tema deste relatório, tive sempre em mente quatro aspetos essenciais ao trabalho do EER aquando do regresso ao domicílio e que fazem parte de um eficaz planeamento de alta.

---

Foram eles: 1) reforçar a importância do plano de exercícios no domicílio 2) qual a tipologia de AT adequadas às necessidades de cada utente, 3) os recursos necessários para a aquisição de AT (que empresas/instituições existem; venda/empréstimo de AT), 4) adaptação de possível material que utente já tenha no domicílio. Estes quatro aspetos permitiram-me não só possuir uma visão holística daquela pessoa como também trabalhar num programa de AVD do ponto de vista da reabilitação, tendo em conta a sua patologia e necessidades específicas, a sua readaptação e regresso ao domicílio e a [re]aquisição da sua autonomia. Permitiram também realizar um planeamento de alta o mais eficaz possível e tendo em conta as necessidades específicas de cada utente. O planeamento de alta consiste num processo de identificação das necessidades do utente, visando a continuidade de cuidados de saúde na transição do contexto hospitalar para o domicílio ou outra instituição. Um planeamento de alta eficaz traduz-se em redução da duração do internamento e reinternamentos hospitalares (Direção Geral de Saúde, 2004).

Relativamente à **vertente respiratória**, pude trabalhar com utentes com as mais variadas patologias, nomeadamente pneumonia, DPOC, asma, síndrome da apneia obstrutiva do sono, utentes com pneumotórax, utentes com transplantes pulmonares entre outras. As técnicas usadas foram de encontro ao principal objetivo da reeducação funcional respiratória, ou seja reencontrar o padrão funcional de respiração da pessoa tendo por base a utilização de uma terapêutica com movimento.

Desta forma durante o EC pude desenvolver e ensinar técnicas tais como:

1 - Técnica de descanso e relaxamento – esta técnica possui como principal objetivo diminuir a tensão e ansiedade psíquica e muscular do indivíduo, reduzindo consequentemente a sobrecarga muscular (Cordeiro e Menoita, 2012). Foi notória a eficaz adaptação aos exercícios respiratórios, quando os utentes estavam em estadios mais calmos. A posição de descanso mais usada foi a de cocheiro sentado.

2 - Consciencialização e controlo da respiração – esta técnica caracteriza-se pelo “cheira flor - sopra vela”, ou seja inspiração nasal e expiração pela boca, com os lábios semi-cerrados e simultaneamente o treino da respiração diafragmática. Tem como objetivo diminuir a tensão e ansiedade muscular e psíquica (Cordeiro e Menoita, 2012). Foi notória a dificuldade durante o EC em os utentes conseguirem alcançar esta

consciencialização e controlo dos tempos respiratórios. Por vezes por falta de concentração outras por dificuldade em compreenderem a técnica (idade avançada, síndromes demenciais, por exemplo).

3 - Reeducação abdomino-diafragmática (RD) – RD porção posterior; RD na posição de sentado e na posição ortostática; reeducação da hemicupula diafragmática; RD com resistência pela mão da enfermeira (ou com peso). A RD tem como principal objetivo prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, melhorando a distribuição e ventilação alveolar (Cordeiro e Menoita, 2012). Durante o EC a RD porção anterior não foi efetuada pelo facto dos utentes não tolerarem a posição de decúbito ventral.

4 - Reeducação Costal (RC) - RC porção anterior, RC porção posterior, RC global utilizando o bastão (ou cabo de vassoura), abertura costal seletiva. Na RC são usadas técnicas que têm como objetivo prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, melhorando a distribuição e ventilação alveolar (Cordeiro e Menoita, 2012).

5 - Mecanismos de limpeza das vias aéreas – *ensino da tosse* – durante o EC os utentes não foram capazes de realizar a tosse dirigida, necessitando sempre do auxílio da enfermeira para a realização da manobra, por isso foi realizado maioritariamente o ensino da tosse assistida. As *manobras acessórias* – a manobra mais usada foi a junção das compressões com as vibrações – vibrocompressão. E por fim a *aspiração de secreções* – técnica realizada como último recurso e apenas em um utente em contexto domiciliário, que não apresentava reflexo de tosse, acumulando secreções em abundante quantidade pelo que tinha que ser auxiliado através da aspiração de secreções com recurso a um aspirador portátil (adquirido pela família). Estes mecanismos têm como principal objetivo assegurar a permeabilidade das vias aéreas (Cordeiro e Menoita, 2012).

6 - Técnica de correção postural – técnica que tem como principal objetivo corrigir defeitos que o individuo apresente na postura (Cordeiro e Menoita, 2012). Técnica com boa adesão pela maioria dos utentes, contudo com necessidade de ser dia-a-dia reforçado o ensino e importância da mesma. Em contexto domiciliário foi usado apenas o espelho, no serviço de pneumologia foi usado o espelho e a bola suíça.

7 – Terapêutica de posição – técnica usada no serviço de pneumologia e em utentes com derrame pleural e em situações de pneumotórax com drenagem. Esta técnica consiste em posicionar o utente em decúbito lateral sob o lado saudável durante mais

ou menos 15 minutos. Os utentes a quem foi realizada esta técnica apresentaram boa tolerância nessa posição, sem referirem desconforto ou dispneia. Foi em todos os utentes associada a esta técnica a técnica do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, bem como o exercício de abertura costal seletiva com o objetivo de promover a mobilidade costal e prevenir limitações funcionais da articulação escapulo-umeral do lado comprometido (Cordeiro e Menoita, 2012).

8 – Exercício de fluxo inspiratório controlado – EDIC – esta técnica foi usada em apenas uma utente no serviço de pneumologia. O utente deve estar em decúbito lateral com o hemitórax que se vai trabalhar para cima. O utente deve realizar inspirações lentas e profundas. Está indicada em utentes com pneumonia e/ou para mobilização de secreções. Este tipo de exercícios tem como objetivo melhorar a ventilação e oxigenação em determinada área pulmonar (Cordeiro e Menoita, 2012).

9 – Expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infra-lateral – ETGOL – técnica usada em alguns utentes no serviço de pneumologia com presença de secreções. O utente nesta técnica fica em decúbito lateral sobre o lado que se pretende mobilizar as secreções e o utente deve realizar uma expiração lenta total com a glote aberta. Esta técnica tem como objetivo a desobstrução das vias aéreas (Cordeiro e Menoita, 2012). Para manter a glote aberta era dada ao utente uma seringa sem êmbolo para o mesmo colocar na boca.

10 – Espirómetro de incentivo – dispositivo usado em apenas um utente que se encontrava internado no serviço de pneumologia no pós-cirúrgico de uma cirurgia torácica. Técnica realizada com aparelho de espirometria volume-dependente e que tem como objetivos a reexpansão pulmonar, manter a permeabilidade das vias aéreas e o fortalecimento da musculatura respiratória (Cordeiro e Menoita, 2012).

11 – Técnica de conservação de energia - exercícios que ajudam a diminuir quadros de dispneia, de ansiedade e depressão através da diminuição do gasto de energia durante a realização de AVD – aumento da capacidade para o autocuidado. Técnicas ensinadas: na posição de sentado tomar duche, calçar/descalçar sapatos, higiene matinal; usar sapatos sem atacadores; realizar tarefas domésticas por fases e na posição de sentado se possível (lavar loiça, engomar por exemplo); subir e descer escadas degrau a degrau sem pressa (Velloso e Jardim 2006; Cordeiro e Menoita 2012).

Como era espectável, em contexto hospitalar pude desenvolver competências na leitura e compreensão de exames complementares diagnósticos, como por exemplo radiografias tórax, tomografia axial computadorizada (TAC), análises clínicas (gasimetrias), provas de função respiratória e estudos polissonográficos (prova do sono).

Foi-me ainda permitido realizar dois turnos no laboratório de provas de função respiratória, e outros dois turnos na sala de broncofibroscopias. O facto de ter tido esta oportunidade veio em muito contribuir para o desenvolvimento de competências nesta área. Exames que nunca tinha tido oportunidade de visualizar e que me permitiram também observar que tipo de funções tem por exemplo um enfermeiro na sala onde se realizam as broncofibroscopias (ensinos sobre a técnica, manter o utente calmo, apoio durante a técnica propriamente dita, cuidados a ter após o exame, ensinos sobre a importância de uma boa higiene brônquica diariamente). No laboratório das provas de função respiratória só estão presentes técnicas especializadas na realização destas provas bem como nos estudos polissonográficos.

Relativamente à **vertente sensoriomotora**, pude desenvolver planos de reabilitação em utente com patologias tais como AVC, ELA, situações pós-cirúrgicas (osteoarticulares), situações oncológicas, entre outras. Assim após utilização dos instrumentos de avaliação, pude desenvolver competências em atividades que favorecessem o fortalecimento muscular e por conseguinte melhorassem a participação nas AVD promovendo o autocuidado e autonomia. Entre as quais posso destacar:

1 - Treino e ensino de automobilizações dos membros superiores (MSs) e membros inferiores (MIs) - utentes podem realizar esta técnica de forma autónoma, quando não estão enfermeiros de reabilitação a fazer turno (serviço de pneumologia) ou quando a enfermeira ou cuidador não está presente (contexto domiciliário). Esta técnica foi usada em vários utentes com boa resposta por parte dos mesmos. Os utentes foram motivados para se tornarem independentes nesta técnica com sucesso quer em contexto domiciliário como hospitalar. Foram várias as vezes que quando chegava junto a determinado utente este já se encontrava a realizar este tipo de exercícios.

2 - Treino e ensino de posições anti-espásticas - técnica que tem como objetivo evitar o padrão espástico, característico dos utentes com AVC, que se caracteriza por um

---

aumento do tônus muscular do hemicorpo lesado, nomeadamente nos músculos flexores dos MSs e extensores dos MIs (Menoita, 2012). Técnica usada em 2 utentes com AVC, com o objetivo de prevenir o padrão espástico. Os utentes enquanto decorreu o EC não apresentaram padrão espástico.

3 - Treino e ensino da facilitação cruzada – que consiste em colocar os objetos do lado do hemicorpo afetado. Esta técnica permite estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, reeducar o reflexo postural do lado lesado, estimular a sensibilidade postural, reintegrar o esquema corporal e facilitar o autocuidado (Menoita, 2012). Técnica usada em um utente com plegia do hemicorpo direito, em que a mesa-de-cabeceira foi colocada do lado direito bem como a televisão e outros objetos de forma a estimular a sensibilidade postural e reintegrar o esquema corporal do utente.

4 - Treino da estimulação sensorial – técnica realizada através da utilização de material como bola propriocetiva e disco propriocetivo (no serviço de pneumologia). E em contexto domiciliário através do uso de material disponível como por exemplo os tapetes de diferentes texturas.

5 - Treino de exercícios com mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas dos MSs e MIs - estas técnicas têm como objetivo a integridade das estruturas articulares, manutenção da amplitude dos movimentos, conservação da flexibilidade, evitar aderências e contraturas, aumentar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora (Menoita, 2012). Técnicas usadas em utentes que possuíam dor a nível articular ou muscular e que não conseguiam fazer os exercícios de forma autónoma e/ou com resistência (por exemplo peso).

6 - Treino de exercícios com mobilizações ativas resistidas dos MSs MIs - com recurso ao material existente no serviço, como por exemplo as bolas propriocetivas - quando os utentes não apresentavam força muscular suficiente para pegar em pesos ou halteres; pesos de pulso e tornozelo e halteres. Em contexto domiciliário foi usado como resistência a mão da enfermeira e/ou pesos (que utentes adquiriram).

7 - Treino e ensino de atividades terapêuticas no leito – realizar a ponte, rolar no leito, rotação controlada da anca, carga no cotovelo. Exercícios realizados quer em contexto hospitalar quer domiciliário com sucesso por parte dos utentes, nomeadamente a ponte e o rolar no leito. A rotação controlada da anca e a carga no cotovelo foram técnicas

usadas com menor frequência pelo facto de os utentes não conseguirem realizá-las sem ajuda.

8 - Treino de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé e sentado - usando o disco propriocetivo e a bola suíça (no serviço de pneumologia). Em contexto domiciliário não foram usadas AT para a realização deste exercício. Os utentes sentavam-se no leito e com um pequeno toque por parte da enfermeira era realizado o treino de equilíbrio dinâmico na posição de sentado. Na posição de pé foi usado a base da cama como apoio (para sensação de segurança por parte do utente). O equilíbrio estático na posição de pé e sentado também foi treinado através das transferências da posição de deitado para sentado e da posição de sentado para a posição de pé.

9 - Técnica de correção postural - técnica que tem como principal objetivo corrigir defeitos que o individuo apresente na postura (Cordeiro e Menoita, 2012). Técnica realizada com recurso a espelho em ambos os contextos, com boa adesão pela maioria dos utentes, contudo com necessidade de ser dia-a-dia reforçado o ensino e importância da mesma.

10 - Treino de exercícios de transferência - para posição de sentado no leito, da posição de sentado para a posição de pé com auxílio de andarilho, da posição de sentado para a CR. Técnica realizada em ambos os contextos de ensino clínico com boa adesão por parte dos utentes.

11 - Treino de marcha com andarilho e canadianas. Técnica usada em ambos os contextos de ensino clínico, com boa adesão por parte dos utentes.

12 - Treino de subida de escadas com canadianas. Técnica usada em contexto domiciliário, com boa adesão por parte do utente. Utente foi capaz durante o decorrer do ensino clínico de subir e descer escadas com canadianas de forma autónoma.

13 - Treino de subida de rampa com andarilho. Técnica usada em contexto domiciliário, com boa adesão por parte do utente. Utente foi capaz durante o decorrer do ensino clínico de subir e descer rampa com andarilho de forma autónoma.

14 - Treino de uso dos broncodilatadores com e sem câmara expansora – ensino sobre a ordem dos broncodilatadores de forma a utentes se tornarem autónomos nas administrações. Ensino sobre o uso correto das câmaras expansoras e o porquê de os broncodilatadores serem mais eficazes com a sua utilização. Técnica utilizada maioritariamente em contexto hospitalar, foi ensinada embora com algumas

dificuldades por parte dos utentes, tais como: 1) em memorizar a ordem dos broncodilatadores, 2) na técnica mão-pulmão (utente inspirava e só depois é que pressionava bomba por exemplo), 3) colocação da bomba na camara expansora de forma incorreta, entre outros. Todos os dias houve necessidade em reforçar ensinamentos sobre esta técnica.

15 - Treino das AVD com AT – treino dos cuidados de higiene no leito ou no duche, treino do uso da sanita/cadeira sanitária, treino de marcha com e sem andador, treino do vestir/despir, treino da alimentação, treino do subir/descer escadas com técnicas de conservação de energia.

Refletindo no ponto 15 as intervenções realizadas na vertente sensoriomotora:

a) *Treino dos cuidados de higiene no leito* – pude incentivar a pessoa a realizar a sua própria higiene, motivando-a a lavar as regiões que consegue de forma autónoma, com recurso por exemplo a escovas de cabo comprido nas regiões que não consegue alcançar (em contexto domiciliário). Em contexto hospitalar auxiliei a pessoa a fazer a higiene das regiões que não chegava de forma autónoma. Ao auxiliar a pessoa a cuidar da sua higiene 1) mostrava *feedback* positivo, não esquecendo que cada pessoa demora o seu próprio tempo; 2) incentivava a pessoa a realizar técnicas como por exemplo o rolar no leito ou a ponte, técnicas que auxiliam nos cuidados de higiene; 3) demonstrava a importância do ensino das diferentes técnicas ao cuidador/familiar durante os cuidados de higiene e 4) permitia que fosse o cuidador a auxiliar a pessoa, supervisionando e orientando os mesmos.

No serviço de pneumologia, os enfermeiros incentivavam os utentes para o levantar precoce e por esse motivo quase todos iam ao duche, mesmo aqueles que precisavam de ajuda. Só eram prestados os cuidados no leito àqueles em que era impossível realizar levantar para CR ou cadeira de apoio para duche.

b) *Treino dos cuidados de higiene no wc* – assim que possível a pessoa foi incentivada a realizar levantar e a usar o wc para realizar a sua higiene. Desta forma pude 1) motivá-la a lavar as regiões que conseguia de forma autónoma, 2) mostrar disponibilidade para ajudar nas regiões que não conseguia; 3) utilizar ajudas técnicas que facilitem o autocuidado como sejam as escovas de cabo comprido (para alcançar



---

regiões mais difíceis), as cadeiras para banheira que permitem a pessoa autocuidar-se na casa de banho; 4) mostrar *feedback* positivo tendo em conta que cada pessoa leva o seu próprio tempo. Em contexto domiciliário pude dar aconselhamentos à pessoa/família sobre a necessidade de efetuar adaptações do wc ajustadas às limitações como por exemplo: a elevação da sanita com assento adaptado; a colocação de barras laterais de apoio na sanita, no poliban e na banheira; na remoção dos tapetes na casa de banho; o uso de tapete antiderrapante no fundo do poliban; o uso de mangueira de chuveiro flexível; o uso de cadeira de banho em caso de poliban. Tive oportunidade também de realizar ensino como entrar/sair da banheira em utentes com hemiparesia usando CR.

c) *Treino do uso de sanita ou cadeira sanitária* – através do ensino da transferência da CR para a cadeira sanitária ou sanita.

d) *Treino do vestir* – Foi realizado o ensino sobre a importância do utente possuir a sua própria roupa, o seu próprio pijama. No serviço de pneumologia foi pedido à família, sempre que possível, para trazer pijamas e/ou roupa adequada às limitações da pessoa (normalmente mais largas, com elásticos, botões grandes e casas alargadas – por exemplo o uso de fato de treino). Foi realizado ensino a utentes com hemiparesia referindo que o hemicorpo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir. Relativamente ao calçado pude incentivar a pessoa para o uso de calçado antiderrapante, com velcro ou elásticos laterais. Pude realizar o ensino e reforço sobre a vantagem de usar calçadeira (ajuda técnica).

e) *Treino da alimentação* – passou por 1) incentivar a pessoa a alimentar-se sentada no cadeirão ou CR e 2) colocar superfície de trabalho ou mesa de apoio com altura adequada. Em contexto domiciliário, incentivar a pessoa a alimentar-se sentada à mesa, se possível realizar levante. Se não for possível levar a pessoa para junto da mesa em CR por exemplo (por limitações de acessibilidade arquitetónicas) colocar superfície de trabalho ou mesa de apoio com altura adequada.

Recordo que no treino da alimentação houve um utente que no primeiro dia de avaliação quando questionado em que divisão da casa realizava as refeições, este referiu que passava “*todo o dia na cama e que era ali que se alimentava com a ajuda*

---

*da sua esposa*” (sic) Este encontrava-se desmotivado com a sua situação de limitação funcional por anorexia, falta de força dos MIs, perda de massa e força muscular, que o tornaram dependente nas AVD. Após uma avaliação das necessidades específicas foi elaborado programa de reabilitação focado inicialmente na motivação e reencontro do sentido na sua nova condição e posteriormente no ganho de força e massa muscular. O utente conseguiu logo no segundo dia realizar transferência com ajuda parcial para a CR que possuía (emprestada por amigo). Verificou-se que em termos de acessibilidade arquitetónica havia grandes limitações de acesso à sala de jantar, pelo que se foi incentivando o utente e família (esposa e filho) em realizar levantar para a CR em todas as refeições. Como o utente não possuía nenhuma mesa de apoio ou superfície de trabalho, a equipa verificou que a esposa possuía umas tábuas de madeira (de armários dos quais se tinha desfeito) e que arranjando-as poderiam servir de superfície de apoio para aquela CR para que o utente tivesse uma mesa de apoio para colocar os utensílios essenciais para a alimentação. O filho do utente arranjou forma de uma das tábuas de madeira ser a superfície de apoio para colocar na CR e o utente poder comer sentado.

Não posso deixar de refletir sobre estas duas vertentes e como me senti a trabalhar em cada uma delas ao longo do EC.

A vertente sensoriomotora foi aquela que me motivou para a escolha desta especialidade e para a escolha do tema do relatório. Foi a vertente com a qual me senti mais curiosa em sala de aula, e por conseguinte com a qual me senti mais à vontade em EC. Contudo tentei sempre auto motivar-me para o desenvolvimento de novas competências no que concerne à vertente respiratória.

A vertente respiratória foi aquela que em sala de aula me suscitou mais dúvidas e por conseguinte em EC também. No que toca aos exercícios e reeducação respiratória penso que é uma questão de treino, bem como a auscultação pulmonar. Contudo foi ao nível da auscultação pulmonar que senti mais dificuldades. Esse facto prende-se com: ser algo que não realizamos no dia-a-dia de trabalho, e não ser ensinado no curso de licenciatura de enfermagem. Encontrei então dificuldade em reconhecer os sons e interpretá-los. Tentei ao longo do EC encontrar desafios e pedir sempre para realizar a auscultação pulmonar de todos os utentes, para assim conseguir desenvolver a

capacidade de identificar diferentes sons respiratórios. Foi notória a disponibilidade constante por parte da EER que sempre me questionava sobre aquilo que auscultava.

Observando e refletindo nas dificuldades que senti na vertente respiratória, nomeadamente no reconhecimento dos sons pulmonares auscultados, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre essa temática e deparei-me com o estudo de Nakatani, Carvalho e Bachion (2000), estudo este realizado numa faculdade de enfermagem brasileira que evidenciou que uma das dificuldades mais sentidas pelas alunas na prática clínica consistia na dificuldade e existência de dúvidas na auscultação pulmonar. Essas dificuldades e dúvidas segundo os autores eram colmatadas com o tempo e o treino.

Para o desenvolvimento de competências não posso deixar de realizar um pequeno resumo sobre os dois estudos de caso efetuados em contexto hospitalar e domiciliário.

O estudo de caso que realizei em contexto domiciliário foi referente ao Sr. J.M. (ver apêndice 3 – estudo de caso). Homem de 76 anos com o diagnóstico de linfoma não-hodgkin com compressão medular e com prótese da anca direita.

Os requisitos universais (segundo Orem) alterados neste utente eram: o défice na ingestão de água suficiente *relacionado com* não gostar de água; a ingestão inadequada de alimentos *relacionado com* diminuição do paladar devido aos tratamentos de quimioterapia; o défice de autocuidado de promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal *relacionado com* necessidade de ajuda na satisfação das AVD.

Tendo em conta os requisitos universais alterados o programa de reabilitação delineado pela equipa pretendia que o utente: restabelecesse a ingesta hídrica adequada às necessidades; restabelecesse a ingestão de alimentos adequada às necessidades; que perdesse peso e obtivesse o peso ideal para a sua estatura e necessidades; que conseguisse ser o mais autónomo possível nas AVD; que mantivesse a motivação para a aquisição de maior autonomia nas AVD; que se sentisse seguro nas transferências e na deambulação evitando acidentes e/ou quedas; que se promovesse a reeducação funcional sensoriomotora (treino de marcha, treino

do equilíbrio sentado ou em pé, coordenação motora, mobilizações ativas e passivas, transferências); preservasse e recuperasse a amplitude dos movimentos dos MIs; preservasse a flexibilidade; melhorasse o equilíbrio; facilitasse as atividades no leito; preparasse o utente para a posição de sentado e ortostática; mantivesse a integridade das estruturas articulares; mantivesse o equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; aumentasse a força muscular dos MIs; minimizasse o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade; prevenisse e/ou inibisse a instalação de espasticidade e suas complicações; reeducasse o mecanismo do reflexo postural.

Recorrendo às escalas de avaliação da limitação funcional (MIF e MAF), o Sr. J.M. encontrava-se no nível 3 em ambas as escalas, necessitando de assistência moderada, mais do que um simples tocar para que a tarefa seja executada (utente realiza 50% do esforço necessário na tarefa).

As AT que o utente possuía no domicílio eram as necessárias às suas limitações e adequadas aos seus recursos financeiros: CR sem apoio de pés (emprestada por empresa); colete de Jewet (comprado pela família); andarilho estático (emprestado por empresa); cama articulada (com triângulo de apoio para levantar) cujo sistema elétrico não funcionava (emprestada por empresa); dispositivos urinários – urinol; arrastadeira (comprados pela família); degrau de madeira para subir/descer da cama (construído pelo genro e neto); pesos de tornozelo (comprados pela família).

A existência de CR permitiu deslocar-se pelo domicílio numa fase inicial (enquanto força muscular dos MSs e MIs ainda não estava restabelecida); o colete de Jewet permitiu realizar levantar sem prejudicar ou agravar lesão medular; o andarilho numa segunda fase (após treino e ganho de força muscular dos MSs e MIs) permitiu deslocar-se pelo domicílio e sair para o terraço/quintal; a cama articulada permitiu prevenir úlceras em utente cuja mobilidade estava comprometida; os dispositivos urinários permitiram maior autonomia para a AVD (eliminação) e maior privacidade; o degrau de madeira permitiu realizar levantar de uma forma segura já que o sistema elétrico da cama não funcionava; os pesos de tornozelo permitiram operacionalizar o programa de reabilitação.

---

Ao fim de três meses de trabalho com este utente, foram visíveis as melhorias que apresentou, nomeadamente: ingestão hídrica adequada às suas necessidades, através de chás e sumos naturais; perda de peso através da mudança de hábitos alimentares; aumento do grau de autonomia – utente capaz de realizar transferências do leito para a posição de sentado/ortostática com apoio do andarilho de forma autónoma; capaz de realizar marcha com apoio de andarilho por distâncias maiores com menos cansaço; capaz de sair de casa para o quintal (pela primeira vez e após uma semana de trabalho com equipa apenas dentro de casa) e subir/descer rampa (construída pelo genro e neto durante o decorrer do EC, o que permitiu o treino desta atividade); capaz de realizar levante para CR praticamente de forma autónoma sem ter que esperar pelo genro ou neto que o ajudassem a levantar e realizar refeições na sala junto da família/esposa.

Tendo em conta as fases pelas quais a pessoa com limitação funcional transita, segundo Machado (s.d.) o Sr. J.M. encontrava-se na fase 4 - Fase de reconstrução – O Sr. J.M. encontrava-se empenhado na procura e descoberta de soluções para as necessidades específicas originadas pela doença. Sentia-se motivado com os resultados obtidos com o programa de reabilitação e começava a sentir-se recompensado pelos seus esforços.

A realização deste estudo de caso permitiu-me adquirir uma visão holística do utente, promovendo a continuidade de cuidados, com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida deste e família. Foi notória a eficácia de todo o programa de reabilitação delineado com o utente/família. O trabalho/projeto/plano de atividades que tive oportunidade de desenvolver em três meses com o Sr. J.M foi uma situação marcante e que irei recordar. O trabalho que se pode efetuar como EER em contexto domiciliário é incontestável, mas não podemos esquecer a importância do trabalho realizado pelo próprio utente e família. A sua motivação para recuperar a sua autonomia nas AVD.

O estudo de caso que efetuei durante o EC na pneumologia foi relativo à D<sup>a</sup> M.J (ver apêndice 4 – estudo de caso) mulher de 67 anos de idade internada desde o dia 10 de janeiro, por agravamento da DPOC, com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória e motora.

Os requisitos universais (segundo Orem) alterados nesta utente eram: Défice na capacidade de expansão pulmonar relacionado com presença derrame pleural à direita e hiperinsuflação (DPOC) manifestado por cansaço a esforços (necessidade de VNI); Défice de autocuidado de promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal *relacionado com* necessidade de ajuda na satisfação das AVD (marcha; autocuidado).

Tendo em conta estes requisitos universais alterados, os objetivos do programa de reabilitação delineados foram: impedir a formação de aderências; impedir ou corrigir posições antiálgicas defeituosas e suas consequências; diminuir a hiperinsuflação; corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar; identificar estratégias que a levem a utente a ser capaz de realizar atividades de forma mais autónoma e com menos cansaço; alcançar a autonomia nas AVD; manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nas AVD; alcançar segurança nas transferências e na realização de marcha evitando acidentes e/ou quedas; promover a reeducação funcional sensoriomotora (treino de marcha, treino do equilíbrio sentado e em pé, mobilizações ativas, transferências, subir e descer escadas); preservar e recuperar a amplitude dos movimentos dos MIs; preservar a flexibilidade; melhorar o equilíbrio; facilitar as atividades no leito; manter a integridade das estruturas articulares; manter o equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; aumentar a força muscular dos MIs; minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade; prevenir e/ou inibir a instalação de espasticidade e suas complicações.

Recorrendo às escalas de avaliação da limitação funcional (MIF e MAF), a D. M.J. encontrava-se no nível 3 em ambas as escalas, necessitando de assistência moderada, mais do que um simples tocar para que a tarefa seja executada (utente realiza 50% do esforço necessário na tarefa).

A utente não possuía no domicílio qualquer tipo de AT necessárias às suas limitações. Realizado ensino sobre a importância das AT para aumentar grau de autonomia em casa na realização das AVD; realizado levantamento de algumas AT importantes e de acordo com as suas necessidades, recursos financeiros e adaptações arquitetónicas

(por exemplo andarilho estático e cama articulada; a colocação de barras de apoio na sanita e poliban; a possibilidade de colocar uma elevação de sanita).

Tendo em conta as fases pelas quais a pessoa com limitação funcional transita, segundo o autor Machado (s.d.) a D<sup>a</sup> M.J. encontrava-se na fase 4 - Fase de reconstrução – utente procura soluções para as necessidades específicas originadas pela doença. Sentia-se motivada com os resultados obtidos com o programa de reabilitação e começava a sentir-se recompensada pelos seus esforços.

Ao fim de duas semanas de internamento, a utente foi capaz de realizar transferência da posição de deitada para a posição de sentada no leito, e de sentada para posição ortostática de forma autónoma; foi capaz de realizar treino de marcha com andarilho apenas necessitando de uma supervisão e ajuda para empurrar carrinho do oxigénio; tem ainda medo de realizar treino de marcha sem andarilho (refere medo em cair); foi capaz de subir e descer escadas (4 degraus) usando técnica de conservação de energia, mas ainda com algum cansaço; tornou-se autónoma no autocuidado higiene no wc e vestir-se.

Tendo em conta o término de internamento e indo ao encontro do planeamento da alta, foi entregue à utente um programa de exercícios que esta poderia e deveria seguir em casa (readaptando utensílios que tivesse em casa, pacotes de arroz, cabo da vassoura por exemplo), tendo em conta as suas limitações e necessidades, baseado em duas premissas, o fortalecimento muscular e a conservação de energia. Foi ainda realizado ensino sobre VNI e desmistificadas dúvidas e receios que utente/família (marido e filho) apresentavam sobre o VNI. Foi incentivada no hábito de estilos de vida mais saudáveis nomeadamente no que toca à alimentação (perda de peso). Incentivada também na procura de motivações para sair de casa.

A realização deste estudo de caso permitiu-me adquirir uma visão holística desta utente, promovendo a continuidade de cuidados para o domicílio com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida desta e da sua família. Foi notória a eficácia de todo o programa de reabilitação delineado com esta utente e família, através do aumento gradual do nível de autonomia nas AVD durante o internamento. O trabalho/projeto/plano de atividades que tive oportunidade de desenvolver em duas

---

semanas com a D<sup>a</sup> M.J., foram marcantes e algo que vou recordar, não podendo esquecer a importância do trabalho realizado pela própria utente e família. A sua motivação para recuperar a sua autonomia nas AVD.

Durante o EC em domicílio houve uma situação que me fez refletir sobre o papel que o EER tem ao cuidar de utentes com patologias oncológicas.

Os utentes oncológicos eram referenciados para a ECCI da mesma forma que todos os outros utentes, ou seja pela EGA e pela ECL. Como esta ECCI não possui, até à data, elementos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica vertente oncológica, os utentes que eram referenciados acabam por trabalhar com EER.

Segundo Braga (2009) a vertente oncológica e a vertente de reabilitação complementam-se e podem trabalhar com o mesmo objetivo, isto porque se regem pelos princípios em que a pessoa/família são os elementos centrais dos cuidados prestados e visam auxiliar a pessoa a viver ativamente, com melhor qualidade de vida e procurando alcançar os seus objetivos pessoais (ver apêndice 5 – incidente crítico).

Lembro-me concretamente de uma utente que tinha sido diagnosticada com oligodendroglioma com hemiparesia de predomínio braquial do MS esquerdo. Submetida a várias intervenções cirúrgicas sob ciclos de quimioterapia e radioterapia e com terapêutica analgésica instituída (morfina oral em SOS e Fentanil transdérmico). Foi referenciada para ECCI para programa de reabilitação. A utente encontrava-se entre o nível 1 (assistência total) e nível 2 (assistência máxima) da escala de MIF. Necessitava de ajuda quase total nas transferências para a posição de pé com andador contudo era capaz de realizar marcha por curtas distâncias (leito – wc); tolerava pouco a posição ortostática por cansaço; era capaz de se alimentar com o membro superior direito necessitando de ajuda para preparação das refeições e alimentos – utilizava talheres adaptados às suas necessidades; necessitava de ajuda total para os cuidados de higiene no leito. Todas estas limitações funcionais são resultantes do estado avançado da doença (estádio IV da doença oncológica, segundo a classificação geral do cancro), da deterioração física e do cansaço extremo que a utente apresentava. A utente foi avaliada pela equipa e o programa delineado passou



---

pela execução e ensino (à própria e ao cuidador, o marido) de exercícios de conservação de energia e exercícios de automobilizações no leito.

**5. Aprofundar conhecimentos teórico práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação prestados em contexto de EC (comunitário e hospitalar), como por exemplo articulação hospital/comunidade, tipologia das redes de apoio, entre outros**

Para atingir este objetivo as atividades desenvolvidas passaram por realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática; esclarecer dúvidas sobre articulação Hospital - Comunidade e redes de apoio; organizar recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades; procurar estar motivada para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal e demonstrar capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas em contexto domiciliário.

Desta forma considero que consegui aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação prestados na comunidade. Consegui compreender a forma como a comunidade se articula com o hospital (e vice-versa), os programas informáticos (plataforma da RNCCI - *Gestcare®*, ou o sistema de apoio às práticas de enfermagem - *SAPE®*) que existem e que permitem essa articulação ou ainda as redes de apoio que a comunidade possui e que permitem a prestação de cuidados de excelência. Para desenvolver competências na área do conhecimento sobre a RNCCI, não posso deixar de referir toda a pesquisa bibliográfica que realizei nesse sentido e todas as dúvidas esclarecidas com a EER.

Com a escolha do EC em cuidados primários pretendia aumentar as minhas competências na prestação de cuidados do dia-a-dia nomeadamente nos ensinamentos ao utente/família no regresso ao domicílio abordando as AT essenciais para o autocuidado e posteriormente pretendia adquirir mais conhecimentos sobre como se articula a EGA com a comunidade, a tipologia de cuidados prestados na comunidade, a tipologia de redes de apoio na comunidade e a tipologia de necessidades do utente/família no domicílio.

---

Para atingir este objetivo não posso deixar de referir a importância que teve a realização de um incidente crítico tendo como base a articulação entre hospital e cuidados primários (e vice versa) (ver apêndice 6 – incidente crítico).

Ao desenvolver e analisar este incidente crítico pude perceber como se torna essencial uma eficaz articulação entre hospitais e centros de saúde e vice-versa, maximizando o potencial e rentabilidade dos mesmos, reduzindo os custos e desperdícios de recursos, obtendo ganhos em saúde (Tavares, 2008; Torres e Monte, 2011). Continuo a pensar que existe uma ineficaz articulação entre os enfermeiros da comunidade e do hospital, e vice-versa, nomeadamente na falta da realização de telefonemas, cartas, entre outros. Embora já existam recursos que facilitem essa mesma articulação, como sendo os programas informáticos, os telefonemas, as cartas de alta ou ainda os *emails*.

Para Tavares (2008) a articulação entre os dois contextos não é eficaz porque as equipas de enfermagem dos cuidados de saúde primários “continuam de costas voltadas” para as equipas de enfermagem hospitalares e vice-versa. Na minha opinião, não creio que a questão seja essa, mas sim a falta de recursos financeiros, humanos e temporais.

Quero acreditar que todos nós, como enfermeiros, reconhecemos a importância desta temática. Torna-se então necessário modificar mentalidades e métodos de trabalho que reconheçam a importância dessa mesma articulação, unindo recursos de forma a atingirmos um bem maior. Só é possível modificar mentalidades e métodos de trabalho se unirmos e incentivarmos as equipas, se colocarmos rácios utente-enfermeiro adequados, se retirarmos partido máximo das plataformas, se existirem mais telefonemas, *emails* ou outros recursos entre hospital-comunidade e vice-versa.

Com vista a envolver a pessoa com limitação funcional e sua família na comunidade onde se encontram inseridos, foi-me dada a oportunidade de participar num programa desenvolvido pela câmara municipal da região em conjunto com o ACES, designado por “programa férias em saúde”. Este programa tem como objetivos que as pessoas adquiram estratégias de como viver melhor e de forma autónoma com a sua doença/limitação funcional, e proporcionar novas vivências envolvendo-as na comunidade. O programa consiste em juntar 28 pessoas com mais de 60 anos

---

residentes na área e com patologias diversas (depressão, diabetes, hipertensão arterial, doenças do foro osteoarticular e síndromes demenciais). É um programa animado e dedicado à temática da saúde, incluindo passeios, visitas, exposições e palestras, bem como atividades na piscina.

Através deste programa as pessoas que possuíam doenças como diabetes e hipertensão tiveram oportunidade de participar em palestras, onde enfermeiros e médicos especialistas nas áreas estariam disponíveis para ensinar e demonstrar estratégias de como as pessoas podiam viver e lidar com a sua doença (realizados ensinamentos sobre alimentação saudável, riscos da doença, tratamento da doença).

As pessoas com doenças osteoarticulares, através deste programa, tiveram oportunidade de realizar exercícios específicos tendo em conta as suas limitações. Esses exercícios foram realizados em piscina ou ao ar livre, sempre com o acompanhamento de enfermeiros e fisioterapeutas especialistas na área.

Aos utentes com síndromes demenciais e depressão foi-lhes dada oportunidade de conviverem com pessoas da comunidade (umas já conhecidas entre o grupo de outros anos anteriores. Outras era a primeira vez que participavam neste programa). Puderam conviver e realizar atividades lúdicas e de lazer como por exemplo assistirem a exposições, peças de teatro, leitura de livros/poemas e passeios por jardins da região.

Acrescento ainda que durante este programa de “férias em saúde” pude desenvolver atividades de reabilitação tais como exercícios com bastão e bolas propriocetivas nos MSs e treino de marcha dentro da piscina com a D<sup>a</sup> L.S. que possuía limitações da marcha consequentes à existência de uma síndrome demencial com 9 anos de evolução. Utente inicialmente não queria entrar na piscina, referindo que “*não me conhecia e que tinha medo*” (sic). Pude desenvolver relação de confiança ainda antes de entrarmos na piscina, em conjunto com enfermeira orientadora e familiar (filho). Através de conversa com a utente durante 30 minutos, dei-me a conhecer, expliquei-lhe o intuito daquele dia e daquele programa. Perguntei-lhe se queria participar e se queria ir para dentro da piscina comigo ou se preferia ir com a enfermeira orientadora (pessoa que já conhecia). Mostrei-lhe confiança e segurança naquilo que fazia e nos meus conhecimentos. Utente acabou por entrar na piscina e colaborar nos exercícios

de reabilitação por mim delineados. Os exercícios tiveram por base as mobilizações do pescoço e cabeça, dos MSs e MIs, com recurso a AT tais como bolas, fitas, colchões e pranchas. No final o filho e a EER ficaram satisfeitos pelo facto de a utente ter confiado em mim porque em anos anteriores as coisas não tinham corrido assim, visto a utente apenas confiar no filho e enfermeira para entrar na piscina e participar no programa.

## **6. Compreender a importância das ajudas técnicas na promoção da autonomia da pessoa com limitação funcional e sua família.**

Para atingir este objetivo as atividades desenvolvidas passaram por possuir conhecimentos sobre o tipo de limitações funcionais, patologias incapacitantes, noções de anatomia e fisiologia, prognósticos; observar o tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação funcional; desenvolver conhecimento sobre AT (classificação ISO, domínio do banco de dados, conhecimentos básicos sobre AT, elementos da legislação sobre limitação funcional e AT, domínio dos equipamentos disponíveis); promover e realizar ensino sobre a utilização de AT adaptados às limitações e necessidades da pessoa, bem como às condições habitacionais e contextos da vida social e profissional; incentivar à utilização das AT para promoção da autonomia; realizar ensino à família / cuidador e próprio utente como usar a AT.

Segundo me pude informar em documentos presentes no serviço, a camara municipal e junta de freguesia da área geográfica da ECCI disponibiliza por ano 5.000 euros para AT e material para a equipa do ACES.

Desta forma as AT disponíveis na ECCI são: 18 motores de colchoes anti-escaras, 20 colchões anti-escaras, 1 CR, 2 andarilhos fixos, 2 andarilhos articulados, 2 pedaleiras elétricas, 1 pedaleira manual e 2 almofadas de gel.

A ECCI entrega o regulamento de atribuição/empréstimo de AT e realiza um contrato de atribuição/empréstimo de AT para os utentes que necessitam de AT lerem/assinarem e junto está também presente a assinatura do cuidador principal e do profissional.

Com o decorrer do EC pude verificar que estas AT existentes na ECCI não eram suficientes para o número de utentes que abrangia nem tão pouco para as

---

necessidades específicas dos mesmos. Poderei enumerar alguns fatores que, na minha opinião, contribuem para que isso aconteça: 1) os que advêm da incapacidade para dar resposta por parte do ACES e 2) fatores por parte dos utentes.

Da parte do ACES, penso que não existe verba suficiente para dar resposta a todas as solicitações/necessidades dos utentes inscritos e não existem AT suficientes para o número de utentes que abrange nem para as necessidades específicas dos utentes que cuidam todos os dias.

Por parte dos utentes pude verificar que quando regressam ao domicílio não possuíam os conhecimentos nem sabiam o que tinham que fazer para adquirir AT; não sabiam que tipo de AT necessitavam; não sabiam como podiam adquirir as AT; não sabiam da existência de empresas que vendem ou emprestam as AT ou ainda da possibilidade de empréstimo por parte do ACES. Verificando estas necessidades, durante o EC tive sempre em conta três aspetos, como estudante: 1) que tipo de AT eram necessárias a cada utente; 2) que tipo de recursos cada utente/família possuía; 3) a adaptação, do que já tinham no domicílio, às necessidades e de acordo com o programa de reabilitação delineado.

Por outro lado pude constatar que quando os utentes já têm ou adquirem esses conhecimentos no domicílio, deparam-se com outro dilema que é o facto de muitas vezes não possuírem os recursos financeiros necessários para adquirirem a AT. Muitas foram as vezes que me deparei com AT com defeitos (camas articuladas que não funcionam; colchões anti escaras de pressão alterna mas que o motor não funciona; CR apenas com um suporte de pé; andarilho que não fecha, por exemplo). A justificação que os utentes que possuíam estas AT com defeitos me davam para as terem assim, era que já as adquiriram desta forma porque as emprestaram ou venderam mais barato.

Quando questioneei os utentes sobre o que pensavam das AT que possuíam ou o que elas vieram facilitar ou não no dia-a-dia, foram várias as respostas que obtive, nomeadamente: “(...) a cama articulada permite que me levante todos os dias da cama sem ajuda de ninguém (...)”; “(...) com a CR e andarilho consigo andar pela casa (...)”; “(...) com estes utensílios voltei a conseguir comer sozinha (...)”; “(...) com o andarilho e

---

*a rampa de acesso finalmente consigo vir cá fora ao quintal ajudar a minha mulher (...) apanhar um pouco de ar e sol (...) estava saturado de não conseguir sair de casa (...)*”.

O alcançar deste objetivo permitiu-me compreender a importância das AT na promoção da autonomia da pessoa com limitação funcional e sua família.

### **7. Criar documento de fácil acesso e leitura sobre ajudas técnicas (tipologia, lista homologada em diário da república, entidades prescritoras, financiamentos, custos, associações/empresas).**

Para atingir este objetivo as atividades desenvolvidas passaram por identificar o tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação funcional; realizar pesquisa bibliográfica sobre informação já disponível.

Durante o EC não me foi possível desenvolver o documento de fácil acesso e leitura sobre AT. Isto porque este objetivo se tornou demasiado ambicioso tendo em conta a duração do EC. Contudo foi-me possível fazer várias pesquisas bibliográficas sobre esta temática e encontrar instituições dentro da área geográfica do ACES e com quem este articula cuidados.

Pude também identificar o tipo de necessidades específicas para o autocuidado nos utentes que cuidei (tanto na ECCI como no serviço de pneumologia); promovi a utilização de AT que os utentes já possuíam adaptando-as às limitações e necessidades, bem como às condições habitacionais e contextos de vida social e profissional (na ECCI); incentivei à utilização das AT promovendo a autonomia (tanto na ECCI como no serviço de pneumologia).

### **3 - CONCLUSÃO**

Com o aumento espectável da incidência de doenças incapacitantes ao longo dos anos torna-se fundamental que a atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EER, seja centrada nos problemas e necessidades específicas da pessoa/família tornando-os autónomos para o autocuidado e que haja uma reestruturação dos cuidados de saúde focados na prevenção da doença, na promoção de saúde e na reabilitação pós-doença.

A pessoa com limitação funcional deseja readquirir a sua independência sem ajuda de outra pessoa, para isso é crucial que sejam ensinadas estratégias essenciais para a realização das AVD e o ensino da utilização de ferramentas de compensação (AT).

As AT permitem maior independência e autonomia (através da prevenção, compensação, controlo e neutralização da limitação), promovem a integração na sociedade e a readaptação ao domicílio.

Desta forma as intervenções do EER neste tipo de população passam por ajudar a pessoa a adquirir e manter a independência em interação com o seu ambiente através da identificação do(s) problema(s) e necessidades da pessoa/família, da avaliação do ambiente, da definição de metas de reabilitação, da implementação de planos de cuidados e do auxílio na escolha da melhor AT adaptada às necessidades específicas bem como do ensino do seu funcionamento.

Estas intervenções do EER têm como objetivos fazer com que a pessoa alcance a melhoria da qualidade de vida, o aumento do grau de autonomia para o autocuidado (com recurso às AT) e uma integração eficaz na comunidade.

A elaboração deste trabalho foi um processo complexo tendo por base um projeto que não é estanque mas sim dinâmico, com necessidade de reformulações e adaptações ao longo de um período de tempo. Contudo, a sua elaboração permitiu-me realizar uma prática reflexiva sobre as práticas em contexto de EC e as competências adquiridas como futura EER. Durante o EC cresci como pessoa e como enfermeira. Este crescimento vai repercutir-se nas competências que foram adquiridas como EER e

desenvolver um trabalho diário cada vez mais focado no bem-estar dos utentes que cuido e na prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

Perspetivo com todo este processo ser capaz de prestar cuidados de saúde de excelência permitindo à pessoa de quem cuido um ensino atual à pessoa bem como ao cuidador/família centrado nos problemas reais e focado nas necessidades específicas, um aumento do grau de independência para o autocuidado, uma transição eficaz entre o contexto hospitalar e o domiciliário, uma readaptação contínua à nova condição e ao domicílio através do uso de ajudas técnicas.

Como pontos fortes posso referir a grande disponibilidade das enfermeiras orientadoras bem como da equipa de enfermagem e multiprofissional de ambos os contextos; e as experiências vivenciadas que me permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EER bem como de competências comuns aos enfermeiros especialistas.

Como pontos fracos posso referir a grande dificuldade em articular tempo e responsabilidades profissionais (no local de trabalho) com os turnos e trabalhos para os locais de EC. Contudo apesar da grande dificuldade sempre consegui cumprir com os meus deveres como enfermeira (no local de trabalho) e como estudante (em EC) e cumprir prazos de entrega de trabalhos na escola.



---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrich R. (1999) *Aconselhamento de ajudas técnicas – organização e metodologia de trabalho dos centros de informação sobre ajudas técnicas*. Cadernos SNR nº10. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.
- Araújo, I. (2010) *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/> Acedido em Fevereiro 2014.
- Braga, R. (2009) Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controle da dispneia em cuidados paliativos. Dissertação para a 4ª edição de mestrado em cuidados paliativos. Universidade de Lisboa: Faculdade de medicina de Lisboa. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2420/1/ulsd058207\\_tm\\_Ricardo\\_Braga.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2420/1/ulsd058207_tm_Ricardo_Braga.pdf) Acedido em Fevereiro 2014.
- Cardoso, J. (2004) Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20, 385-94. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=6891> Acedido em Fevereiro 2014.
- Carvalhido, T., Pontes, M. (2009) Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da faculdade de ciências da saúde*. 6, 140-150. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1278> Acedido em Março 2014.
- Christiansen C., Schwartz R., Barnes K. (1992) Cuidados pessoais: avaliação e controle. In DeLisa (1992) *Medicina de Reabilitação – Princípios e práticas*. São Paulo: Editora Manole. 109-131.
- Conto F., Ramos G. & Lessmann J. (2006) *O cuidado de enfermagem e o processo de reabilitação ao indivíduo com acidente vascular cerebral sob a ótica da teoria de Orem*. Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem.

- 
- Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis. Disponível em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0488.pdf>. Acedido em Fevereiro 2014.
- Cordeiro M., Menoita E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. Lisboa. Lusociência.
- Costa E., Nakatani A., Bachion M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diárias. *Acta Paulista de Enfermagem*. 19 (1). 43-48. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf> Acedido em Maio 2014.
- Cruz, A (2000) Ajudas técnicas. *Sinais Vitais*. 31. Julho 2000. 23-24.
- Cruz, A (2000) Ajudas técnicas para a alimentação. *Sinais Vitais*. 33. Novembro 2000. 19-20.
- Cruz, A. (2001) Vestuário – Adaptações e ajudas técnicas. *Sinais Vitais*. 34. Janeiro 2001. 19-20.
- Diário da República (2004) - Regulamento nº 38/2004 de 18 de Agosto. Bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência. Diário da República I Série nº 194 – 18 de Agosto de 2004.
- Diário da República (2009) – Decreto de lei nº 93/2009 de 16 de Abril. Sistemas de atribuição de produtos de apoio. Diário da República 1ª série nº 74 – 16 de abril de 2009
- Diário da República (2012) – Despacho nº 16313/2012 de 21 de dezembro. ISO 9999:2007 – Lista homologada de ajudas técnicas. Disponível em <http://www.inr.pt> Acedido em Março 2014
- Diário da República (2012) – Despacho nº 6133/2012. Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. – Produtos de apoio para pessoas com deficiência (ajudas técnicas). Diário da República 2ª Série nº 91 – 10 maio de 2012. Disponível em <http://www.dre.pt> Acedido em Março 2014.
-

- 
- Direção Geral de Saúde (2004). *Planeamento da alta do doente com AVC*. Circular informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. Lisboa: Ministério da saúde. Disponível em <http://servicosociaisau.de.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>. Acedido em Fevereiro 2014.
- Direção Geral de Saúde (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)*. Circular informativa 40A/DSPCD. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx> Acedido em Fevereiro 2014.
- Duarte, S. (2010) *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro*. Tese de doutoramento em enfermagem. Universidade de Lisboa com participação da escola superior de enfermagem de Lisboa. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954\\_td\\_Susana\\_Duarte.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf) Acedido em Fevereiro 2014.
- Galvão Filho, T. (2009). “A tecnologia assistiva: de que se trata?” In Machado, G., Sobral, M. *Conexões: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade*. 1ed. Porto Alegre. 207-235.
- Gemito, M. (2003). O Enfermeiro e a pessoa com deficiência...na comunidade. *Servir*. 51 (6). Nov./Dez.2003. 264-268
- George, J. et al (2000). *Teorias de enfermagem – dos fundamentos à prática profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hoeman S., Liszner K., Alverzo J. (2011). Mobilidade funcional nas atividades de vida diárias. In Hoeman S. (2011) *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusodidacta 209-270.
- INE (2004). *Projeções de População Residente Portugal e NUTS II, 2000-2050*. Lisboa: INE. Disponível em <http://www.ine.pt> . Acedido em Fevereiro 2014.
- ISO 9999:2002 Disponível em <http://www.dre.pt> Acedido em Março 2014
-

---

ISO 9999:2007 – Lista homologada de ajudas técnicas. Disponível em <http://www.inr.pt>  
Acedido em Março 2014.

Küppers, HJ (1999) “A History of AT - Critical Remarks for the Future”. In *Assistive Technology on the Threshold of New Millenium*. Editado por C.Bühler e H. Knops, IOS Press. 3-7. Disponível em <http://books.google.pt> Acedido em Março 2014.

Lacerda, M. (2000) *Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira*. Tese apresentada ao curso de pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Disponível em <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/79127> Acedido em Março 2014.

Lobo A., Pereira A. (2007) Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*. II (4). 61-68

Machado W. (s.d) O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência. São Paulo: Entre amigos – Rede de informação sobre deficiência. Disponível em <http://www.entreamigos.com.br/node/240> Acedido em Fevereiro 2014.

Ministério da Saúde (s.d). Rede nacional de cuidados continuados integrados. Disponível em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx> Acedido em Fevereiro 2014.

Menoita E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lisboa. Lusociência.

Moraes E., Marino M., Santos R. (2010) Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica Minas Gerais*. 20 (1). 54-66. Disponível em <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/208> Acedido em Fevereiro 2014.

Morais, J. (2010). *Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em enfermagem. Instituto de ciências da saúde da universidade católica portuguesa. Porto. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9210> Acedido em Março 2014.

- 
- Nakatani, A., Carvalho, E., Bachion M. (2000) O ensino do exame físico pulmonar através do método da problematização. *Revista latino-americana de enfermagem*: Ribeirão Preto. 8(6). 117-123. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12357.pdf> Acedido em Fevereiro 2014.
- Nascimento, K. et al (2008). Sistematização da assistência em enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*. 42 (4). 643-648. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf> . Acedido em Fevereiro 2014.
- Nogueira, J., Henriques, I., Gomes, A., Leitão, A. (2007). Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinal.pdf> Acedido em Fevereiro de 2014.
- Oliveira C., Candeias M. (2000). A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam. *Investigação em Enfermagem*. 2. Agosto, 11-21.
- OMS (2011). Relatório Mundial sobre a deficiência. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.01\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf) Acedido em Fevereiro 2014.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt> Acedido em Fevereiro 2014.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt> Acedido em Fevereiro 2014.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ª edição. Saint Louis: Mosby.
- Pereira, H. (2011) *Subitamente cuidadores informais, a experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Dissertação de
-

---

doutoramento em enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020\\_td\\_Helder\\_Pereira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020_td_Helder_Pereira.pdf) .  
Acedido em Fevereiro 2014.

Preto, L. (2008) *Adaptações físicas de compensação para utentes com AVC*. Congresso de saúde do Nordeste: AVC, preparados?. Instituto politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt>  
Acedido em Fevereiro 2014.

Queirós A. (2001). *Sistema de informação e aconselhamento de ajudas técnicas*. Dissertação de mestrado em gestão da informação. Universidade de Aveiro, Aveiro. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3314/1/2005001356.pdf> .  
Acedido em Fevereiro 2014

SNRIPD (2004) – Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência. “Ajudas técnicas – benefícios para as pessoas com deficiência”. Folheto SNR nº49. Lisboa. Disponível em <http://www.inr.pt> Acedido Fevereiro de 2014.

Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*. 37 (3). 364-371. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866> Acedido Junho de 2014.

Tavares, H. (2008) *Articulação de cuidados de enfermagem entre hospital e centro de saúde no âmbito dos cuidados continuados*. Dissertação ao grau de mestre em ciências de enfermagem do instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7172/2/Tese%20Mestrado%20Helena%20Tavares.pdf> Acedido em Fevereiro 2014.

Tate, R.T. (2010). *A compendium of tests, scales, and questionnaires – The practitioner's guide to measuring outcomes after acquires brain impairment*. Psychology Press, New York.

- 
- Torres A., Monte A. (2011). A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e o seu impacto a nível regional. *Gestão de bens comuns e desenvolvimento regional sustentável – 17º congresso da APDR*. Bragança, Zamora 29 de junho a 2 de julho 2011 [Em linha]. Disponível em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2bAPMonte\\_Proceedings\\_17%C2%BAcongresso\\_APDR-2011\\_p1607.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2bAPMonte_Proceedings_17%C2%BAcongresso_APDR-2011_p1607.pdf) Acedido em Fevereiro 2014.
- Velloso M., Jardim J. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 32(6). 580-586. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a17v32n6.pdf>. Acedido em Fevereiro 2014.
- Veras R. (2011). Estratégias para o enfrentamento das doenças crónicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 13(4). 779-786. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1809-98232011000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1809-98232011000400017). Acedido em Outubro 2014.
- Veras R., Caldas C., Cordeiro H. (2013). Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1189-1213. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-73312013000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-73312013000400009). Acedido em Outubro 2014.
-

# ANEXOS



## **ANEXO I**

Diário da República 2012 – Documentos e lista homologada

aluno de acordo com a legislação em vigor, no valor de 0,39 Euros por aluno, num universo previsto de 2105 alunos abrangidos.»

14 de Janeiro de 2010. — Pela Direcção Regional de Educação do Centro, a Directora Regional, *Helena Maria de Oliveira Dias Libório*. — Pelo Município de Viseu, o Presidente, *Fernando de Carvalho Ruas*.  
205592251

## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA E MUNICÍPIO DE VOUZELA

Contrato n.º 32/2012

**Adenda ao contrato-programa relativo ao financiamento  
do Programa de Generalização do Fornecimento  
de Refeições Escolares aos Alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico**

Entre:

Primeiro outorgante: Direcção Regional de Educação do Centro, com o número de identificação de pessoa colectiva n.º 600026248, representado por Helena Maria de Oliveira Dias Libório, Directora Regional de Educação, adiante designada como primeiro outorgante; e

Segundo outorgante: Município de Vouzela com o número de pessoa colectiva n.º 506 770 664, representado por Armino Telmo Antunes Ferreira, adiante designado como segundo outorgante,

é celebrada a presente adenda ao contrato-programa assinado em 23 de Março de 2006, que se rege pelo disposto no Regulamento de acesso ao financiamento do Programa de Generalização de Refeições Escolares aos Alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico, aprovado pelo Despacho n.º 18 987/2009 publicado na 2.ª série do *Diário da República* n.º 158, de 17 de Agosto:

Cláusula única

A Cláusula 3.ª do contrato-programa, no contexto do ano lectivo 2009/2010, passa a ter a seguinte redacção:

### «Complicação financeira

1 — O primeiro outorgante compromete-se a prestar apoio financeiro ao segundo outorgante através duma complicação correspondente a 50 % do valor da refeição abatido do preço a pagar pelo aluno de acordo com a legislação em vigor, no valor de 0,23 Euros por aluno, num universo previsto de 418 alunos abrangidos.»

14 de Janeiro de 2010. — Pela Direcção Regional de Educação do Centro, a Directora Regional, *Helena Maria de Oliveira Dias Libório*. — Pelo Município de Vouzela, o Presidente, *Armino Telmo Antunes Ferreira*.  
205592049

## MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL

Secretaria-Geral

Aviso n.º 999/2012

Por meu despacho de 09-01-2012, torna-se público que, nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 12.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, aplicável por remissão do n.º 2 do artigo 73.º da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, a assistente técnica Sofia Carla Gouveia Bento, concluiu com sucesso o período experimental, com a avaliação de 15 valores, na sequência da celebração do contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, com esta Secretaria Geral do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

12 de janeiro de 2012. — A Secretária-Geral, *Maria João Paula Lourenço*.  
205601144

Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P.

Despacho n.º 894/2012

**Produtos de apoio para pessoas com deficiência (ajudas técnicas)**

O Despacho Conjunto n.º 17059/2011, dos Secretários de Estado do Emprego, Adjunto do Ministro da Saúde, e da Solidariedade e da Se-

gurança Social, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 243, de 21, de dezembro de 2011, determina que compete ao Diretor do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (INR, I. P.), aprovar e publicar as normas reguladoras da execução do referido Despacho, nomeadamente a definição de procedimentos das entidades prescritoras e financiadoras de produtos de apoio (Ajudas Técnicas), após audição prévia, da Direcção-Geral da Saúde (DGS), do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e do Instituto do Emprego e da Formação Profissional, I. P. (IEFP, I. P.), conforme artigo 14.º-A, n.º 2, aditado, pelo Decreto-Lei n.º 42/2011, de 23 de março, ao Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril.

Para a prossecução desse objetivo, considera-se necessário definir os conceitos e o universo dos Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) para 2011, que será abrangido pelo montante global disponibilizado de (euro) 12.154.091,00, e repartido pelo Ministério da Economia e do Emprego (euro) 2.454.091,00, pelo Ministério da Saúde (euro) 6.000.000,00, e pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (euro) 3.700.000,00.

Assim, determina-se:

1 — Nos termos do artigo 2.º da Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

2 — Os Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) abrangidos pelo financiamento aprovado pelo Despacho n.º 17059/2011, de 21 de dezembro, dos Secretários de Estado do Emprego, Adjunto do Ministro da Saúde, e da Solidariedade e da Segurança Social, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 243, de 21 de dezembro de 2011, são prescritos, em consulta externa, para serem utilizados fora do internamento hospitalar e devem constar da lista homologada pelo Despacho n.º 28936/2007, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 245, de 20 de dezembro de 2007 (anexo V) do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P.

3 — Os Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) cuja colocação no doente obrigue a intervenção cirúrgica, não são abrangidos pelo financiamento referido no número anterior.

4 — As pilhas e baterias necessárias ao funcionamento dos Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) com o código 22 06 27 da classificação ISO 9999-2007, são abrangidas pelo financiamento previsto no n.º 2.

5 — O financiamento é de 100 %, quando a ajuda técnica/produto de apoio não consta nas tabelas de reembolsos do Serviço Nacional de Saúde, do subsistema de saúde de que o cidadão é beneficiário, ou quando não é participado por companhia seguradora. Quando a ajuda técnica/produto de apoio consta das tabelas de reembolsos do Serviço Nacional de Saúde, de subsistema de saúde, ou, ainda, quando é coberta por companhia seguradora, o financiamento é do montante correspondente à diferença entre o custo da ajuda técnica/produto de apoio e o valor da respetiva complicação.

6 — Para efeitos de aplicação deste despacho as ajudas técnicas/produtos de apoio (AT/PA) e respetivas entidades prescritoras encontram-se hierarquizadas por níveis, do seguinte modo:

AT/PA de Nível 1 — Centros de Saúde e Hospitais de Nível 1;

AT/PA de Nível 2 — Hospitais de Nível 1 plataforma B e Hospitais Distritais;

AT/PA de Nível 3 — Hospitais Distritais plataforma A, Hospitais Centrais, Centros Especializados com equipa de reabilitação constituída por médico e pessoal técnico especializado de acordo com a tipologia da deficiência e Centros de Emprego do IEFP, I. P., com serviços de medicina do trabalho.

7 — Para a identificação da hierarquia dos níveis de prescrição das instituições hospitalares, dever-se-á ter em conta o previsto na Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação.

8 — Em qualquer dos níveis, o médico que efetuar a prescrição, poderá solicitar parecer técnico a centro de recurso especializado, centro ou instituição de reabilitação, ou outro, que identifique a ajuda técnica/produto de apoio mais adequado.

9 — Cabe a cada uma das entidades financiadoras a indicação dos centros especializados prescritores de produtos de apoio (Ajudas Técnicas).

10 — Os custos com a adaptação e reparação dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), prescritas por ato médico, são financiados reportando-se aos respetivos códigos ISO da lista homologada dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), referida no n.º 2.

11 — As verbas destinadas ao financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas) abrangidas pelo presente despacho são atribuídas às entidades hospitalares através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., aos Centros Distritais de Segurança Social através do ISS, I. P., e aos serviços financiadores de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) para a formação profissional e ou emprego através do IEFP, I. P.

12 — O financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas) prescritos pelos Centros de Saúde e pelos Centros Especializados efetua-se pelos Centros Distritais do ISS, IP, da área de residência das pessoas a quem se destinam.

13 — A orientação definida no n.º 12 não se aplica aos beneficiários cuja área de residência é o concelho de Lisboa, pois a instrução dos processos individuais, para o financiamento de produtos de apoio, (Ajudas Técnicas) é efetuado através da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, no âmbito do protocolo celebrado para a área dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas) com o ISS, I. P.

14 — As instituições hospitalares, indicadas pelas ARS, financiam os produtos de apoio (Ajudas Técnicas) que prescrevem, após avaliação médico funcional e sócio familiar.

15 — Para financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), no âmbito da competência do ISS, I. P., os Centros Distritais devem no processo de instrução de candidatura, obedecer às seguintes condições:

a) Preenchimento correto da ficha de prescrição obrigatoriamente incluindo: fotocópia legível do bilhete de identidade ou cartão do cidadão e três (3) orçamentos distintos para aquisição do Produto de Apoio (Ajuda Técnica), atualizados e datados referentes ao ano do pedido;

b) A análise do processo será sujeita à verificação da necessidade e ou impacto que o produto de apoio terá para o requerente/candidato, no contexto da sua vida quotidiana.

16 — O financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), que não constituam responsabilidade dos empregadores e que sejam indispensáveis para o efetivo acesso e frequência da formação profissional e ou para o efetivo acesso, manutenção ou progressão no emprego, incluindo os trabalhadores por conta própria, efetua-se através dos centros de emprego do IEFP, I. P., do Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão e de um conjunto de entidades privadas através dos seus centros de reabilitação profissional credenciados para o efeito pelo IEFP, I. P.

17 — O financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), previstos no número anterior, através dos centros de reabilitação profissional de entidades privadas credenciados para o efeito pelo IEFP, I. P., constará de deliberação do Conselho Diretivo do IEFP, I. P.

18 — A definição das condições de financiamento de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) do âmbito da reabilitação profissional é efetuada pelo IEFP, I. P.

19 — As fichas de prescrição de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) (anexo I, II) são de caráter obrigatório e serão distribuídas às entidades intervenientes no sistema, após prévia solicitação, sendo a ficha do anexo III disponibilizada pelo IEFP, I. P.

20 — Os produtos de apoio (Ajudas Técnicas) que sejam objeto de financiamento por parte do IEFP, I. P., poderão ser objeto de apreciação de uma comissão de análise constituída para esse efeito por aquela entidade.

21 — Com o objetivo fundamental de partilha de informação e adequado estudo estatístico resultante deste financiamento, as instituições hospitalares enviarão à DGS os mapas síntese dos Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) financiadas (anexo IV), corretamente preenchidos e tratados em suporte informático. As fichas de prescrição deverão ser arquivadas nas respetivas instituições hospitalares. Os mapas síntese serão remetidos pela DGS ao INR, I. P., dentro dos prazos estipulados, bem como os resultados da análise estatística efetuada.

22 — Os Centros Distritais, do ISS, I. P., como entidades financiadoras de produtos de apoio, (Ajudas Técnicas) no âmbito deste sistema, procederão ao preenchimento dos mapas síntese das ajudas técnicas financiadas (anexo IV) e ao seu envio ao Departamento de Desenvolvimento Social, do ISS, I. P., que o enviará ao INR, I. P., dentro dos prazos estipulados. As fichas de prescrição deverão ser arquivadas nos respetivos Centros Distritais.

23 — As entidades financiadoras de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) para a formação profissional e o emprego, que integram a rede do IEFP, I. P., deverão proceder de acordo com o modelo de recolha e sistematização de informação definido por esse mesmo Instituto que enviará ao INR, I. P., dentro dos prazos estipulados, os mapas de síntese (anexo IV) em suporte informático, bem como os resultados da análise estatística efetuada a partir das fichas de prescrição de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) financiados, de forma a permitir o estudo estatístico global de acordo com os indicadores definidos para as outras entidades.

24 — O prazo limite para o envio ao INR, I. P., da informação referida nos n.ºs 21, 22 e 23 é de 30 de março de 2012.

25 — O eficaz acompanhamento e a avaliação de execução deste despacho serão realizados por um grupo de trabalho constituído por um representante da DGS, do ISS, I. P., do IEFP, I. P., e do INR, I. P., que coordena e ao qual competem as seguintes funções:

a) Assegurar o cumprimento das normas estabelecidas neste despacho.

b) Elaborar um relatório final de diagnóstico e avaliação física e financeira da execução deste despacho, a partir dos elementos fornecidos pelas entidades financiadoras.

26 — O presente despacho refere-se ao ano económico de 2011.

4 de janeiro de 2012. — O Diretor, *José Madeira Serôdio*.

## ANEXO I

ATRIBUIÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS	
ANO	
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	
CH:	HOSPITAL:
1. NOME:	
2. RESIDÊNCIA	
(Concelho):	
3. DATA DE NASCIMENTO: / / BI	
4. SNS: SUBSISTEMA DE SAÚDE: N.º do CARTÃO	
5. DEFICIÊNCIA:	
MOTORA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> ORGÂNICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRA <sup>a)</sup> <input type="checkbox"/>	
6. AJUDAS TÉCNICAS:	
DESIGNAÇÃO DA AJUDA (S) TÉCNICA (S):	
A:	
B:	
CLASSIFICAÇÃO ISO <sup>b)</sup>	
A: (6 dígitos) B: (6 dígitos)	
REPARAÇÃO <input type="checkbox"/> AQUISIÇÃO <input type="checkbox"/>	
CONSUMO <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	
DATA: / / ASSINATURA	

Espaço reservado à aposição da vinheta de identificação do Médico

## A PREENCHER PELO SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO FINANCIAMENTO

1. CUSTO DE CADA AJUDA TÉCNICA:	A: B:
2. CUSTO TOTAL DAS AJUDAS TÉCNICAS	
3. MONTANTE CONCEDIDO PELO CH/HOSPITAL:	
DATA: / /	ASSINATURA:
a) Neste caso, especifique b) Utilizar a classificação ISO (6 dígitos) NOTA — No caso de serem prescritas mais de duas ajudas técnicas, deverão ser preenchidas outras fichas de prescrição	

## ANEXO II

ATRIBUIÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS	
ANO	
CENTROS DE SAÚDE	
CENTROS ESPECIALIZADOS	
1. CENTRO DE SAÚDE/CENTRO ESPECIALIZADO:	
2. NOME:	
3. RESIDÊNCIA (Concelho):	
4. DATA DE NASCIMENTO: / / BI	
5. SISTEMA DE SAÚDE: N.º do CARTÃO BENEFICIÁRIO	
6. DEFICIÊNCIA:	
MOTORA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> ORGÂNICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRA <sup>a)</sup> <input type="checkbox"/>	
7. AJUDAS TÉCNICAS:	
DESIGNAÇÃO DA AJUDA (S) TÉCNICA (S):	
A:	
B:	
CLASSIFICAÇÃO ISO <sup>b)</sup>	
A: (6 dígitos) B: (6 dígitos)	
REPARAÇÃO <input type="checkbox"/> AQUISIÇÃO <input type="checkbox"/>	
CONSUMO <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	
DATA: / / ASSINATURA	

Espaço reservado à aposição da vinheta de identificação do Médico



## ANEXO V

## Lista homologada

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
04 03	Auxiliares de terapêutica respiratória . . . . .	3
04 03 03	Aquecedores do ar inalado . . . . .	3
04 03 06	Inaladores . . . . .	3
04 03 09	Nebulizadores . . . . .	3
04 03 12	Respiradores . . . . .	3
04 03 18	Unidades de oxigenoterapia . . . . .	3
04 03 21	Aspiradores . . . . .	3
04 03 24	Bancos para terapêutica respiratória . . . . .	3
04 03 27	Auxiliares para treino muscular da respiração . . . . .	3
04 03 30	Material de estudo da função respiratória . . . . .	3
04 06	Auxiliares de terapêutica circulatória . . . . .	3
04 06 03	Vestuário compressivo . . . . .	3
04 06 06	Meias elásticas para os membros inferiores e superiores . . . . .	1-2-3
04 06 12	Unidades de compressão . . . . .	3
04 12 09	Cintas e fundas para hérnias . . . . .	2-3
04 15 06	Unidades para diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) . . . . .	2-3
04 19	Ajudas para doseamento de medicamentos . . . . .	2-3
04 19 03	Caixas de dosagem . . . . .	2-3
04 19 06	Pistolas de injeção . . . . .	2-3
04 19 09	Seringas de injeção descartáveis . . . . .	2-3
04 19 12	Seringas de injeção não descartáveis . . . . .	2-3
04 19 15	Agulhas de injeção descartáveis . . . . .	2-3
04 19 18	Agulhas de injeção não descartáveis . . . . .	2-3
04 19 21	Ajudas para dosagem nas seringas . . . . .	2-3
04 19 24	Bombas de infusão . . . . .	2-3
04 27 09	Estimuladores musculares não usados com ortóteses . . . . .	3
04 33	Ajudas para prevenção escaras de decúbito . . . . .	1-2-3
04 33 09	Equipamentos especiais antiescara . . . . .	1-2-3
04 48 21	Planos inclinados . . . . .	3
05 03	Auxiliares de terapia e treino da comunicação . . . . .	3
05 03 03	Ajudas para treino de voz e de fala . . . . .	3
05 03 06	Materiais para desenvolvimento da capacidade de leitura . . . . .	3
05 03 09	Materiais para desenvolvimento da capacidade de escrita . . . . .	3
05 06	Ajudas para treino de comunicação alternativa e aumentativa . . . . .	3
05 06 03	Ajudas para treino de alfabeto tátil ( <i>finger spelling</i> ) . . . . .	3
05 06 06	Ajudas para treino de língua gestual . . . . .	3
05 06 09	Ajudas para treino de leitura labial . . . . .	3
05 06 12	Equipamento para treinar e aprender a leitura labial . . . . .	3
05 06 15	Ajudas para treino de Braille . . . . .	3
05 06 18	Ajudas para treino de outros símbolos táteis . . . . .	3
05 06 21	Ajudas para treino de símbolos iconográficos . . . . .	3
05 06 24	Ajudas para treino de comunicação Bliss . . . . .	3
05 06 25	Ajudas para treino de comunicação com imagens e desenhos . . . . .	3
05 06 30	Ajudas para treino de comunicação Morse . . . . .	3
06 03	Conjunto de ortóteses para a coluna . . . . .	2-3
06 03 03	Ortóteses sacro-iliacas . . . . .	2-3
06 03 06	Ortóteses lombo-sagradas . . . . .	2-3
06 03 09	Ortóteses toraco-lombo-sagradas . . . . .	2-3
06 03 12	Ortóteses cervicais . . . . .	2-3
06 03 15	Ortóteses cervico-torácicas . . . . .	2-3
06 03 18	Ortóteses cervico-toraco-lombo-sagradas . . . . .	2-3
06 06	Conjunto de ortóteses dos membros superiores . . . . .	2-3
06 06 03	Ortóteses para os dedos . . . . .	2-3
06 06 06	Ortóteses para as mãos . . . . .	2-3
06 06 09	Ortóteses para o punho . . . . .	2-3
06 06 12	Ortóteses para o punho, mão e dedos . . . . .	2-3
06 06 15	Ortóteses para o cotovelo . . . . .	2-3
06 06 18	Ortóteses para o cotovelo e punho . . . . .	2-3
06 06 19	Ortóteses que abrangem a articulação do cotovelo, punho e a mão . . . . .	2-3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
06 06 21	Ortóteses para o ombro .....	2-3
06 06 24	Ortóteses para o ombro e cotovelo .....	2-3
06 06 27	Ortóteses para o ombro, cotovelo e punho .....	2-3
06 06 30	Ortóteses para o ombro, cotovelo, punho e mão .....	2-3
06 06 33	Articulações do punho .....	2-3
06 06 36	Articulações do cotovelo .....	2-3
06 06 39	Articulações do ombro .....	2-3
06 12	Conjuntos de ortóteses dos membros inferiores .....	2-3
06 12 03	Ortóteses do pé incluindo palmilhas e correções nos sapatos .....	2-3
06 12 06	Ortóteses do pé e tornozelo .....	2-3
06 12 09	Ortóteses do joelho .....	2-3
06 12 12	Ortóteses do joelho, tornozelo e pé .....	2-3
06 12 18	Ortóteses da anca, joelho, tornozelo e pé .....	2-3
06 12 21	Articulações do tornozelo .....	2-3
06 12 24	Articulações do joelho .....	2-3
06 12 27	Articulação da anca .....	2-3
06 18	Conjuntos de próteses para o membro superior .....	2-3
06 18 03	Próteses parciais da mão, incluindo próteses dos dedos .....	2-3
06 18 06	Próteses de desarticulação do punho .....	2-3
06 18 09	Próteses transradiais (abaixo do cotovelo) .....	2-3
06 18 12	Próteses de desarticulação do cotovelo .....	2-3
06 18 15	Próteses transmerais (acima do cotovelo) .....	2-3
06 18 18	Próteses de desarticulação do ombro .....	2-3
06 18 21	Próteses para amputação da cintura escapular .....	2-3
06 18 24	Mãos artificiais .....	2-3
06 18 27	Ganchos e ferramentas funcionais .....	2-3
06 18 30	Unidades de punho .....	2-3
06 18 33	Articulações do cotovelo .....	2-3
06 18 36	Articulações do ombro .....	2-3
06 18 39	Articulações externas para conjuntos de próteses do membro superior .....	2-3
06 18 42	Unidades de alinhamento para conjuntos de próteses do membro superior .....	2-3
06 21	Próteses cosméticas e não funcionais do membro superior .....	2-3
06 24	Conjuntos de próteses para o membro inferior .....	2-3
06 24 03	Próteses parciais do pé .....	2-3
06 24 06	Próteses de desarticulação do tornozelo .....	2-3
06 24 09	Próteses transtibiais (abaixo do joelho) .....	2-3
06 24 12	Próteses de desarticulação do joelho .....	2-3
06 24 15	Próteses transfemorais (acima do joelho) .....	2-3
06 24 18	Próteses de desarticulação da anca .....	2-3
06 24 21	Próteses de hemipelvectomia .....	2-3
06 24 24	Próteses de hemicorporectomia .....	2-3
06 24 27	Articulações do tornozelo e do pé .....	2-3
06 24 30	Rotadores .....	2-3
06 24 33	Articulação do tornozelo .....	2-3
06 24 36	Articulação da anca .....	2-3
06 24 39	Encaixes transtibiais (pré-formados) .....	2-3
06 24 42	Encaixes transfemorais (pré-formados) .....	2-3
06 24 45	Unidades para alinhamento das próteses .....	2-3
06 24 48	Próteses temporárias para mobilidade precoce de amputados dos membros inferiores .....	2-3
06 27	Próteses cosméticas e não funcionais para o membro inferior .....	2-3
06 30	Outras próteses não dos membros .....	1-2-3
06 30 03	Cabeleiras .....	1-2-3
06 30 06	Capachinhos e postiços .....	1-2-3
06 30 09	Pestanas e sobrancelhas .....	1-2-3
06 30 12	Bigodes e barbas .....	1-2-3
06 30 15	Enchimentos cosméticos dorsais .....	1-2-3
06 30 18	Próteses mamárias .....	1-2-3
06 30 21	Próteses oculares .....	1-2-3
06 30 24	Próteses das orelhas .....	1-2-3
06 30 27	Próteses do nariz .....	1-2-3
06 30 30	Próteses completas da face .....	1-2-3
06 30 33	Próteses do véu do palato .....	1-2-3
06 30 36	Dentaduras .....	1-2-3
06 30 39	Material para cobertura da face (cosméticos) .....	1-2-3
06 30 89	Outras próteses cosméticas .....	1-2-3
06 33 06	Calçado fabricado por medida .....	2-3
06 33 09	Sapato estandardizado adaptado .....	2-3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
09 06	Ajudas protetoras usadas no corpo . . . . .	2-3
09 06 03	Ajudas para proteção da cabeça . . . . .	2-3
09 06 06	Ajudas para proteção da face e olhos . . . . .	2-3
09 06 09	Ajudas para proteção do ouvido e da audição . . . . .	2-3
09 06 12	Ajudas para proteção do braço e cotovelo . . . . .	2-3
09 06 15	Ajudas para proteção da mão . . . . .	2-3
09 06 18	Ajudas para proteção da perna e joelho . . . . .	2-3
09 06 21	Ajudas para proteção do pé, calcanhar e dedos do pé . . . . .	2-3
09 06 24	Ajudas para proteção de todo o corpo e tronco . . . . .	2-3
09 06 27	Ajudas para proteção da respiração . . . . .	2-3
09 09	Ajudas para vestir e despir . . . . .	2-3
09 09 03	Dispositivos para calçar meias . . . . .	2-3
09 09 06	Calçadeiras e dispositivos para calçar botas . . . . .	2-3
09 09 09	Seguradores de roupa . . . . .	2-3
09 09 12	Ganchos para vestir e despir . . . . .	2-3
09 09 15	Puxadores de fechos éclair . . . . .	2-3
09 09 18	Ganchos para abotoar . . . . .	2-3
09 12	Ajudas para higiene pessoal . . . . .	1-2-3
09 12 03	Cadeiras sanitárias (com ou sem rodas giratórias) . . . . .	1-2-3
09 12 06	Sanita . . . . .	1-2-3
09 12 09	Assentos para sanita . . . . .	1-2-3
09 12 12	Assentos de sanita elevados (separado) . . . . .	1-2-3
09 12 15	Assentos de sanita elevados (com fixação fácil) . . . . .	1-2-3
09 12 18	Assentos elevados de sanita (fixos) . . . . .	1-2-3
09 12 21	Assentos de sanita elevados pelo próprio . . . . .	1-2-3
09 12 24	Sanitas com braços e ou sanitas com encosto montado na própria sanita . . . . .	1-2-3
09 12 27	Pinças para papel higiénico . . . . .	1-2-3
09 12 30	Suportes de papel higiénico . . . . .	1-2-3
09 12 33	Arrastadeiras . . . . .	1-2-3
09 12 36	Chuveiros de água quente e ou secadores de ar quente (separados) . . . . .	1-2-3
09 12 39	Urinóis montados na parede . . . . .	1-2-3
09 12 42	Cabines sanitárias . . . . .	1-2-3
09 15	Ajudas para traqueostomia . . . . .	2-3
09 15 03	Cânulas . . . . .	2-3
09 15 06	Protetores do estoma . . . . .	2-3
09 18	Ajudas de ostomia . . . . .	1-2-3
09 18 04	Sacos sem drenagem . . . . .	1-2-3
09 18 05	Sacos fechados, com componentes . . . . .	1-2-3
09 18 07	Sacos com abertura com válvula antirefluxo . . . . .	1-2-3
09 18 08	Sacos com abertura com válvula antirefluxo, com componentes . . . . .	1-2-3
09 18 09	Ligaduras de pressão . . . . .	1-2-3
09 18 13	Cintos de fixação das ajudas de ostomia . . . . .	1-2-3
09 18 14	Anéis de fixação e material adesivo . . . . .	1-2-3
09 18 15	Fechos de sacos . . . . .	1-2-3
09 18 18	Absorventes de cheiro e desodorizantes . . . . .	1-2-3
09 18 21	Bolsas de apoio para os sacos de ostomia . . . . .	1-2-3
09 18 24	Material de irrigação . . . . .	1-2-3
09 18 30	Protetor de estoma . . . . .	1-2-3
09 18 33	Cateteres de drenagem de estoma . . . . .	1-2-3
09 18 36	Seringas de lavagem . . . . .	1-2-3
09 18 39	Sacos com abertura, sem componentes . . . . .	1-2-3
09 18 42	Sacos com cobertura, com vários componentes . . . . .	1-2-3
09 24	Sistemas coletores de urina . . . . .	1-2-3
09 24 03	Algalias com balão . . . . .	1-2-3
09 24 06	Algalias de drenagem . . . . .	1-2-3
09 24 07	Espelhos para irrigação e posicionamento da algália . . . . .	1-2-3
09 24 09	Preservativos de urina e dispositivos com a mesma função . . . . .	1-2-3
09 24 12	Calhas de escoamento de urina . . . . .	1-2-3
09 24 15	Urinóis para mulheres . . . . .	1-2-3
09 27	Coletores de urina . . . . .	1-2-3
09 27 04	Sacos fechados coletores de urina para uso no corpo . . . . .	1-2-3
09 27 05	Sacos com abertura coletores de urina para uso no corpo . . . . .	1-2-3
09 27 07	Sacos coletores de urina, fechados, não usados no corpo . . . . .	1-2-3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
09 27 08	Sacos coletores de urina, com abertura, não usados no corpo	1-2-3
09 27 09	Urinóis	1-2-3
09 27 13	Cintos para coletores de urina	1-2-3
09 27 18	Sistemas coletores de urina	1-2-3
09 30	Fraldas e pensos	1-2-3
09 30 04	Fraldas e pensos para serem usados no corpo	1-2-3
09 30 09	Meios de fixação das fraldas e pensos	1-2-3
09 33 03	Cadeiras de banho/chuveiro (com ou sem rodas), tábuas de banho, bancos, encostos e assentos	1-2-3
09 33 27	Ajudas para diminuir o comprimento e profundidade da banheira	1-2-3
09 33 36	Ajudas para secagem do próprio	1-2-3
09 36	Ajudas para manicura e pedicura	(*) 3
09 36 03	Escovas de unhas	(*) 3
09 36 06	Limas de unhas e tábuas de esmeril	(*) 3
09 36 09	Tesouras de unhas/corta-unhas	(*) 3
09 51	Relógios	3
09 51 03	Relógios de pulso	3
09 51 06	Relógios de bolso	3
09 51 09	Relógios de mês ou de parede	3
09 54	Ajudas para atividade sexual	3
09 54 03	Manequim de borracha	3
09 54 06	Ajudas para ereção	3
09 54 09	Vibradores e dispositivos de massagem	3
09 54 12	Ajudas para reabilitação sexual	3
12 03	Auxiliares de marcha manejados por um braço	1-2-3
12.03.03	Bengalas de marcha	1-2-3
12.03.06	Canadianas	1-2-3
12.03.09	Canadianas com apoio para o antebraço	1-2-3
12.03.12	Canadianas axilares	1-2-3
12.03.16	Auxiliares de marcha com três ou mais pés, apoio de antebraço	1-2-3
12.03.18	Auxiliares de marcha com assento	1-2-3
12 06	Auxiliares de marcha manejados pelos dois braços	1-2-3
12.06.03	Andarilhos sem rodas	1-2-3
12.06.06	Andarilhos com rodas	1-2-3
12.06.09	Andarilhos com assento	1-2-3
12.06.12	Andarilhos especiais	1-2-3
12 09	Carros especiais	(*) 3
12.09.03	Carros com pavimento de nível variável	(*) 3
12.09.06	Carros de baixa velocidade	(*) 3
12 12	Adaptações para carros	(*) 3
12 12 04	Adaptações para acionar o motor	(*) 3
12 12 05	Adaptações para acionar o travão de mão	(*) 3
12 12 07	Sistemas de condução	(*) 3
12 12 08	Adaptações para funções secundárias	(*) 3
12 12 09	Cintos de segurança e correias	(*) 3
12 12 12	Assentos de carros e almofadas com <i>design</i> especial	(*) 3
12 12 15	Auxiliares de elevação para colocar as pessoas com deficiência dentro do carro (excluindo cadeiras de rodas)	(*) 3
12 12 18	Auxiliares de elevação para colocar a pessoa sentada na sua cadeira de rodas para o interior do carro	(*) 3
12 12 21	Dispositivos para elevar e colocar a cadeira no tejadilho ou no interior do carro	(*) 3
12 12 24	Equipamentos para fixar a cadeira de rodas ao carro	(*) 3
12 12 27	Adaptações da carroçaria do carro incluindo elevação de tetos e alargamento das janelas	(*) 3
12 16 06	Ciclomotores e motocicletas de três rodas	(*) 3
12 18 06	Triciclos com pedais	(*) 3
12 18 09	Velocípedes com propulsão manual	(*) 3
12 21 03	Cadeiras de rodas de controlo manual	1-2-3
12 21 06	Cadeiras de rodas de controlo bimanual com rodas grandes atrás	1-2-3
12 21 09	Cadeiras de rodas de controlo bimanual com rodas grandes à frente	1-2-3
12 21 12	Cadeiras de rodas controladas por alavanca bimanual	1-2-3
12 21 15	Cadeiras de rodas com controlo unilateral	(*) 2-3
12 21 18	Cadeiras de rodas com propulsão pelos pés	1-2-3
12 21 21	Cadeiras de rodas motorizadas	1-2-3
12 21 24	Cadeiras de rodas elétricas com direção manual	1-2-3
12 21 27	Cadeiras de rodas elétricas com comando de direção assistida	1-2-3
12 21 33	Sistemas de cadeiras de rodas	(*) 2-3



Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
12 24	Acessórios para cadeiras de rodas	1-2-3
12 24 03	Sistemas de direção e controlo	1-2-3
12 24 09	Unidades de propulsão	1-2-3
12 24 12	Luzes	1-2-3
12 24 15	Tabuleiros	1-2-3
12 24 18	Travões	1-2-3
12 24 21	Rodas e pneus	1-2-3
12 24 24	Baterias e carregadores	1-2-3
12 24 27	Dispositivos para limpeza dos pneus das cadeiras de rodas	1-2-3
12 24 30	Sistemas de fixação do ocupante da cadeira de rodas	1-2-3
12 24 33	Chapéus-de-chuva e respetivos meios de fixação	1-2-3
12 24 36	Unidades de conexão a bicicletas	1-2-3
12 27 03	Cadeiras de empurrar	1-2-3
12 27 15	Gatinhadores e pranchas rolantes	2-3
12 30	Auxiliares de transferência	1-2-3
12 30 03	Tábuas e tapetes de transferência	1-2-3
12 30 06	Placas giratórias	1-2-3
12 30 09	Barras para elevação à posição vertical	1-2-3
12 30 12	Escadas de corda	1-2-3
12 30 15	Faixas para elevação	1-2-3
12 30 18	Carrinhos de transporte, fundas e cestos	1-2-3
12 36	Auxiliares de elevação	2-3
12 36 03	Auxiliares de elevação com assento suspenso	2-3
12 36 04	Auxiliar de elevação na posição de pé	2-3
12 36 06	Guinchos sobre rodas com assentos rígidos	2-3
12 36 09	Guinchos giratórios	2-3
12 36 13	Auxiliares de elevação fixos na(s) parede(s), chão ou teto	2-3
12 36 15	Guinchos estacionários fixos ou montados noutra estrutura	2-3
12 36 18	Guinchos estacionários não fixos	2-3
12 36 21	Unidades de transporte para guinchos móveis e fixos	2-3
12 39	Auxiliares de orientação	3
12 39 03	Bengalas brancas	1-2-3
12 39 06	Ajudas eletrónicas de orientação	3
12 39 09	Ajudas acústicas de navegação (faróis sonoros)	3
12 39 12	Bússolas	3
12 39 15	Mapas em relevo	3
12 39 18	Materiais de orientação tátil	3
15 03	Ajudas para preparação de comida e bebidas	(*) 3
15 03 03	Ajudas para pesar e medir	(*) 3
15 03 06	Ajudas para cortar, picar e separar	(*) 3
15 03 09	Ajudas para limpar e descascar	(*) 3
15 03 12	Ajudas para assar	(*) 3
15 03 15	Máquinas de preparação de alimentos	(*) 3
15 03 18	Ajudas para cozinhar e fritar	(*) 3
15 03 21	Unidades para cozinhar	(*) 3
15 03 24	Frigoríficos e congeladores	(*) 3
15 09	Ajudas para comer e beber	(*) 3
15 09 03	Ajudas para apresentar comidas e bebidas	(*) 3
15 09 06	Doseadores	(*) 3
15 09 09	Rolhas e funis	(*) 3
15 09 13	Talheres e palhinhas	(*) 3
15 09 16	Canecas e copos, chávenas e pires	(*) 3
15 09 18	Pratos	(*) 3
15 09 21	Rebordo de prato e molas para o prato	(*) 3
15 09 24	Copos para ovos	(*) 3
15 09 27	Aparelhos para comer	(*) 3
15 09 30	Sondas	(*) 3
18 09	Mobiliário para sentar	(*) 3
18 09 03	Cadeiras	(*) 3
18 09 06	Bancos ou cadeiras de pôr de pé	(*) 3
18 09 09	Cadeiras de apoio do cóccix	(*) 3
18 09 12	Cadeiras e assentos com um mecanismo especial para ajudar a pôr de pé e a sentar-se	(*) 3
18 09 15	Poltronas e cadeiras de repouso	(*) 3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
18 09 21	Mobiliário especial para sentar	(*) 3
18 09 24	Elevadores para cadeiras e transportadores	(*) 3
18 09 27	Apoios de pernas, pedais e apoios de pés	(*) 3
18 09 31	Assentos, almofadas de assento e peças de abdução	(*) 3
18 09 34	Encostos	(*) 3
18 09 36	Braços de cadeiras	(*) 3
18 09 39	Sistemas de assentos modulares	(*) 3
18 09 42	Almofadas de assento e apoios	(*) 3
18 09 45	Almofadas e coxins de encosto	(*) 3
18 09 48	Sistemas de manter a pessoa na posição de sentada	(*) 3
18 12	Camas	1-2-3
18 12 04	Camas articuladas não ajustáveis à posição do corpo	1-2-3
18 12 07	Camas articuladas com ajustamento manual à posição do corpo	1-2-3
18 12 10	Camas articuladas com ajustamento motor à posição do corpo	1-2-3
18 12 12	Elevadores para camas	1-2-3
18 12 15	Roupas de cama	1-2-3
18 12 18	Colchões e capas de colchões	1-2-3
18 12 21	Suportes dos cobertores	1-2-3
18 12 24	Encostos e apoios de pernas separados e ajustáveis	1-2-3
18 12 27	Guardas laterais e barras para levantar fixadas na cama	1-2-3
18 12 30	Ajudas para encurtar a cama	1-2-3
18 12 33	Extensões da cama	1-2-3
18 18	Dispositivos de apoio	1-2-3
18 18 03	Corrimãos e barras de apoio	1-2-3
18 18 06	Barras de agarrar e pegas	1-2-3
18 18 09	Apoios de braços	1-2-3
18 30	Transportadores verticais	3
18 30 03	Ascensores (elevadores verticais para pessoas)	3
18 30 06	Plataformas elevatórias e elevadores para cadeiras de rodas	3
18 30 09	Elevadores para adaptar a escadas	3
18 30 12	Trepadores de escadas	3
18 30 15	Rampas portáteis	1-2-3
18 30 18	Rampas fixas	1-2-3
18 33	Equipamento de segurança para habitação e outros locais	3
18 33 03	Materiais antiderrapantes para chão e escadas	3
18 33 06	Barreiras de segurança, guardas e grades para janelas, escadas e elevadores	3
18 33 09	Válvulas de segurança para gás	3
18 33 12	Equipamentos de salvação	3
18 33 15	Materiais táteis para pavimentos	3
21 03	Ajudas óticas	2-3
21 03 03	Lentes de óculos	2-3
21 03 06	Armações de óculos	2-3
21 03 09	Lentes de contacto	2-3
21 03 12	Lentes com luz acoplada	2-3
21 03 15	Lentes de aumentar sem iluminação	2-3
21 03 18	Binóculos e telescópios	2-3
21 03 21	Óculos montados com lentes monolulares ou binolulares telescópicas para longas distâncias, incluindo distância normal de leitura	2-3
21 03 24	Óculos montados com lentes monolulares ou binolulares telescópicas para pequenas distâncias	2-3
21 03 27	Dispositivos para expansão do campo visual	2-3
21 03 30	Lentes ou sistema de lentes para grande magnificação	2-3
21 03 33	Óculos prismáticos (óculos para a posição de deitado)	2-3
21 03 36	Filtros de luz (filtros de absorção)	2-3
21 03 39	Produtos para limpeza das lentes de contacto	2-3
21 06	Ajudas eletro-ópticas	3
21 06 03	Sistemas de vídeo com imagem ampliada	3
21 06 06	Máquinas de leitura de texto	3
21 06 09	Suportes lógicos de ampliação	3
21 10	Unidades de saída e acessórios de computador, máquinas de escrever e calculadoras	(*) 3
21 10 03	Écrans	(*) 3
21 10 06	Impressoras e <i>plotters</i>	(*) 3
21 10 09	Sintetizadores de voz	(*) 3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
21 12	Computadores .....	(*) 3
21 12 03	Computadores de secretária .....	(*) 3
21 12 06	Computadores portáteis .....	(*) 3
21 12 09	Computadores de bolso .....	(*) 3
21 12 12	Unidades de memória externa .....	(*) 3
21 15	Máquinas de escrever e processadores de texto .....	(*) 3
21 15 03	Máquinas de escrever manuais .....	(*) 3
21 15 06	Máquinas de escrever elétricas sem memória .....	(*) 3
21 15 09	Máquinas de processamento de texto .....	(*) 3
21 15 12	Máquinas de escrever Braille manuais .....	(*) 3
21 15 15	Máquinas de escrever Braille elétricas .....	(*) 3
21 15 18	Suporte lógico para processamento de texto .....	(*) 3
21 15 21	Dicionários (suportes lógicos) .....	(*) 3
21 24	Ajudas para desenhar e para escrita manual .....	3
21 24 03	Canetas, lápis, pincéis, compassos de desenho e réguas .....	3
21 24 06	Pranchas de grafismo .....	3
21 24 09	Réguas de assinatura e selos de assinatura .....	3
21 24 12	Pautas de escrita .....	3
21 24 15	Equipamentos de escrita em Braille .....	3
21 24 18	Papéis/plástico especiais para escrita .....	3
21 24 19	Dispositivos eletrónicos portáteis para utilizadores de Braille .....	3
21 24 21	Suportes lógicos para desenho e pintura .....	3
21 24 24	Suportes lógicos para apresentações .....	3
21 33 06	Gravadores de vídeo .....	(**) 3
21 33 09	Descodificadores de videotexto (texto TV) .....	(**) 3
21 36	Telefones e ajudas telefónicas .....	(**) 3
21 36 03	Telefones <i>standard</i> .....	(**) 3
21 36 06	Telefones móveis .....	(**) 3
21 36 09	Telefones com registo de texto e ou saída de texto .....	(**) 3
21 36 10	Telefones com imagem e vídeo telefones .....	(**) 3
21 36 11	Telefones com sinal luminoso incorporado para sinalização de entrada de chamadas .....	(**) 3
21 36 12	Telefones com amplificador de som e acessórios .....	(**) 3
21 36 13	Telex e telefax .....	(**) 3
21 36 14	Cabines telefónicas .....	(**) 3
21 36 15	Indicadores de chamada, marcação e resposta .....	(**) 3
21 36 18	Ajudas para marcar chamadas .....	(**) 3
21 36 21	Recetores com amplificação .....	(**) 3
21 36 24	Unidades de conexão para ajudas telefónicas .....	(**) 3
21 36 25	Atendedores de chamadas .....	(**) 3
21 36 27	Placas de indução em espiral .....	(**) 3
21 36 30	Suportes de auscultadores .....	(**) 3
21 36 33	Quadros de cavilhas para rede telefónica exterior .....	(**) 3
21 36 36	Suportes lógicos para telecomunicações .....	(**) 3
21 42	Ajudas para comunicação face a face .....	3
21 42 03	Série de letras e ou símbolos .....	3
21 42 06	Quadros de letras e ou símbolos .....	3
21 42 09	Unidades de conversação não portáteis .....	3
21 42 12	Geradores de voz .....	3
21 42 15	Amplificadores de voz .....	3
21 42 18	Amplificadores de comunicação .....	3
21 42 21	Cornetas acústicas .....	3
21 42 24	Programas para comunicação face a face .....	3
21 45	Ajudas para audição .....	2-3
21 45 03	Próteses auditivas endoauriculares .....	2-3
21 45 06	Próteses auditivas rectoauriculares .....	2-3
21 45 09	Próteses auditivas colocadas nos olhos .....	2-3
21 45 12	Próteses auditivas colocadas no corpo .....	2-3
21 45 15	Próteses auditivas táteis .....	2-3
21 45 18	Próteses auditivas com implante .....	2-3
21 48	Ajudas de sinalização .....	3
21 48 03	Sinais de portas e indicadores de sinal de porta .....	3
21 48 06	Indicadores de abertura de porta .....	3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
21 48 09	Indicadores de chuva .....	3
21 48 12	Indicadores de luz .....	3
21 48 15	Indicadores de som ( <i>babysitters</i> eletrónicos) .....	3
21 48 18	Indicadores .....	3
21 48 21	Indicadores de sinal de computadores .....	3
21 48 24	Sistemas de memória e calendários eletrónicos .....	3
21 51	Sistemas de alarme .....	3
21 51 03	Sistemas pessoais de alarme de urgência .....	3
21 51 06	Alarmes para deteção de crises nos epiléticos .....	3
21 51 09	Alarmes de fogo e detetores de fumo .....	3
21 51 12	Alarmes de insulina .....	3
21 51 15	Sistemas de monitorização .....	3
21 54	Materiais de leitura alternativa .....	3
21 54 03	Livros, jornais e revistas sonoros .....	3
21 54 06	Livros e outro material impresso em letras grandes .....	3
21 54 09	Livros e outros materiais impressos em Braille .....	3
21 54 12	Apresentação multimédia de livros, jornais e revistas .....	3
24 04	Ajudas para marcação e indicação .....	3
24 06	Ajudas para acionamento de recipientes .....	3
24 06 03	Dispositivos para abrir garrafas, latas, contentores .....	3
24 06 06	Dispositivos para espremer tubos e bisnagas .....	3
24 09	Comandos e dispositivos de acionamento .....	(*) 3
24 09 03	Botões de premir .....	(*) 3
24 09 06	Maçanetas e outros puxadores fixos .....	(*) 3
24 09 09	Maçanetas e outros puxadores rotativos .....	(*) 3
24 09 12	Pedais (não elétricos) .....	(*) 3
24 09 15	Volantes e manivelas .....	(*) 3
24 09 18	Interruptores de abrir/fechar .....	(*) 3
24 09 24	Reguladores (ajustamento de nível) .....	(*) 3
24 09 27	Potenciómetros .....	(*) 3
24 10	Unidades de entrada para computadores e equipamentos eletrónicos .....	3
24 10 03	Teclados .....	3
24 10 06	Ratos .....	3
24 10 09	Alavancas de comando ( <i>joysticks</i> ) do computador .....	3
24 10 12	Outras unidades de entrada .....	3
24 10 15	Acessórios para as unidades de entrada .....	3
24 10 18	Alterações às unidades de entrada .....	3
24 18	Ajudas para assistir e/ou substituir a função da mão e/ou dedos .....	3
24 18 03	Ajudas para preensão .....	3
24 18 06	Adaptadores e dispositivos de preensão (ajudas aplicadas ao produto) .....	3
24 18 09	Dispositivos para agarrar (usados no corpo) .....	3
24 18 12	Dispositivos para manter a posição vertical .....	3
24 18 15	Ponteiros operacionais .....	3
24 18 18	Lâmpadas de apontar .....	3
24 18 21	Dispositivos para manter o papel .....	3
24 18 24	Dispositivos para fixação de manuscritos .....	3
24 18 27	Apoios de antebraços para atividades manuais .....	3
24 21	Ajudas para alcançar à distância .....	3
24 21 03	Pinças de preensão manuais .....	3
24 21 06	Pinças de preensão elétricas .....	3
24 21 09	Dispositivos de alcançar à distância sem função de preensão .....	3
24 24	Ajudas para posicionamento .....	3
24 24 03	Sistemas fixos e estáveis .....	3
24 24 06	Sistemas rotativos e amovíveis .....	3
24 24 09	Sistemas elevatórios e inclináveis .....	3
24 27	Ajudas para fixação .....	3
24 27 03	Ventosas .....	3
24 27 06	Bases antiderrapantes .....	3
24 27 09	Grampos .....	3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
24 27 12	Clips e grampos de mola .....	3
24 27 15	Tornos mecânicos .....	3
24 27 18	Ímanes, faixas magnéticas e grampos .....	3
24 27 21	Acessórios para ferramentas .....	3
30 03	Brinquedos .....	3
30 06	Jogos .....	3
30 18	Instrumentos de artefacto, materiais e equipamento .....	3
30 18 03	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato têxtil .....	3
30 18 06	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em cerâmica .....	3
30 18 09	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em madeira .....	3
30 18 12	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em metal .....	3
30 18 15	Instrumentos, materiais e equipamentos para criação de imagens gráficas .....	3
30 18 18	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato .....	3

(\*) Estes níveis pressupõem uma consulta especializada, nomeadamente, dos hospitais da rede hospitalar existente e ou dos centros especializados através do médico e de uma equipa de reabilitação ou equipas diferenciadas de nível 2 e 3 conforme a situação.

(\*\*) Incluem-se as tecnologias que proporcionam o acesso aos equipamentos e aos serviços das comunicações móveis de terceira geração e de televisão digital vocacionados para pessoas com deficiência.

205600748

## Instituto da Segurança Social, I. P.

Centro Distrital de Lisboa

Despacho n.º 895/2012

### Subdelegação de Poderes

Ao abrigo do preceituado nos artigos 35.º e 36.º do Código de Procedimento Administrativo e no uso dos poderes que me foram delegados e ou subdelegados pelo Diretor de Segurança Social do Centro Distrital de Lisboa através do Despacho n.º 16809/2011, de 21 de novembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 238, de 14 de dezembro, delegeo e subdelego os seguintes poderes, nas licenciadas, Ana Maria Prazeres Martins, Andrea Rute Ferreira Rodrigues Amaral, Dina Maria Passos Santa Comba Macedo, Maria da Luz Silva Rei Calado Lopes, Mariza Seixas Costa Marques, Teresa Margarida Fernandes Henriques, Rosa Maria Tavares Lopes Lourenço, Coordenadoras das Equipas de Apoio a Crianças e Jovens e relativamente às respetivas áreas geográficas de responsabilidade:

1 — Em matéria de gestão em geral, de gestão financeira e contabilidade e de administração e património, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas sobre a matéria:

1.1 — Assinar a correspondência relacionada com assuntos de natureza corrente necessária ao normal funcionamento dos serviços, incluindo a correspondência dirigida aos tribunais, com exceção da que for dirigida ao Presidente da República, à Assembleia da República, ao Governo e aos titulares destes órgãos de soberania, à Provedoria da Justiça e a outras entidades de idêntica ou superior posição na hierarquia do Estado, salvaguardando as situações de mero expediente ou de natureza urgente;

2 — Em matéria de recursos humanos, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas do Conselho Diretivo:

2.1 — Despachar os pedidos de justificação de faltas;

3 — Em matéria de segurança social, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas do Conselho Diretivo:

3.1 — Praticar os atos necessários para a resolução dos problemas relacionados com crianças e jovens em perigo colocados pelos tribunais à responsabilidade do ISS-CDist Lisboa, no âmbito da Lei n.º 147/99 (Lei de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em Perigo);

3.2 — Autorizar o pagamento dos apoios previstos no âmbito da Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em risco até ao limite de 700,00 Euros;

4 — A presente delegação é de aplicação imediata, ficando, assim, ratificados os atos praticados pelas delegadas que se insiram no seu âmbito.

16 de dezembro de 2011. — A Diretora da Unidade de Desenvolvimento Social, *Maria da Conceição Abreu França*.

205599234

### Despacho n.º 896/2012

#### Subdelegação de poderes

Ao abrigo do preceituado nos artigos 35.º e 36.º do Código de Procedimento Administrativo e no uso dos poderes que me foram delegados e ou subdelegados pelo Diretor de Segurança Social do Centro Distrital de Lisboa através do Despacho n.º 16809/2011, de 30 de setembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 238, de 14 de dezembro, delegeo e subdelego os seguintes poderes, nas Senhoras Chefes de Setor da Cooperação e Licenciamento de Respostas Sociais, licenciadas Isabel Maria Cabido Simões Gomes e Maria Manuela de Almeida Correia, e relativamente às respetivas áreas de responsabilidade:

1 — Em matéria de gestão em geral, de gestão financeira e contabilidade e de administração do património, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas sobre a matéria:

1.1 — Assinar a correspondência relacionada com assuntos de natureza corrente necessária ao normal funcionamento dos serviços, incluindo a correspondência dirigida aos tribunais, com exceção da que for dirigida ao Presidente da República, à Assembleia da República, ao Governo e aos titulares destes órgãos de soberania, à Provedoria da Justiça e a outras entidades de idêntica ou superior posição na hierarquia do Estado, salvaguardando as situações de mero expediente ou de natureza urgente;

1.2 — Planejar, programar e avaliar as atividades do respetivo Setor, bem como elaborar os seus planos e relatórios de atividades;

1.3 — Desenvolver ações de modernização e melhoria da qualidade dos serviços prestados;

1.4 — Emitir declarações ou certidões relacionadas com situações no âmbito do respetivo Setor;

1.5 — Autorizar o pagamento de despesas cuja realização tenha sido previamente autorizada;

1.6 — Promover as ações adequadas ao exercício pelos interessados do direito à informação e à reclamação.

2 — Em matéria de recursos humanos, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas do Conselho Diretivo:

2.1 — Despachar os pedidos de justificação de faltas;



## **ANEXO II**

Escalas usadas em EC



Nome: \_\_\_\_\_ Idade: 67  
 Instituição: \_\_\_\_\_ Serviço: Pneumologia  
 Diagnóstico: DPOC Data: 18/01/14  
 Avaliador: Claudia Brauco  
 Total Barthel: 78

### Escala de Barthel Modificada

O seguinte quadro apresenta os itens ou tarefas contados na escala de Barthel, com os valores correspondentes para a realização das tarefas.

	"Pode por si próprio"	"Pode com ajuda"	"Não pode"
<b>Nível de autonomia pessoal</b>			
1 – Beber por uma chávena	<u>4</u>	0	0
2 – Comer	<u>6</u>	0	0
3 – Vestir a parte superior do corpo	<u>5</u>	3	0
4 – Vestir a parte inferior do corpo	<u>7</u>	4	<u>0</u>
5 – Colocar cinto ou suspensórios	0	-2	(não aplicável)
6 – Toalhete pessoal	<u>5</u>	<u>0</u>	0
7 – Lavar-se ou tomar banho	<u>6</u>	0	0
8 – Controlo da urina	<u>10</u>	5 (acidentes)	0 (incontinente)
9 – Controlo dos intestinos	<u>10</u>	5 (acidentes)	0 (incontinente)
<b>Nível de mobilidade</b>			
10 – Sentar-se e levantar-se da cadeira	<u>15</u>	7	0
11 – Sentar-se e levantar-se da sanita	<u>6</u>	3	0
12 – Entrar e sair da banheira ou duche	<u>1</u>	0	0
13 – Andar 50 metros em piso plano	15	<u>10</u>	0
14 – Subir e descer um lanço de escadas	10	<u>5</u>	0
15 – SE NÃO ANDAR, impulsionar ou puxar uma cadeira de rodas	5	0	(não aplicável)

Score: 78

Total Barthel: melhor score é 100; pior score é 0.

Nota 1: As tarefas 1-9, do nível de autonomia pessoal (incluindo o controlo dos intestinos e da bexiga), têm um score total possível de 53. As tarefas 10-15, do nível de mobilidade, têm um score total possível de 47. Os dois grupos de tarefas combinados produzem o total da escala de Barthel com um score total possível de 100.



## HADS: Escala de Ansiedade e Depressão

Nome: .....

Data: 18 / 01 / 2014

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido na ÚLTIMA SEMANA:

Não demore muito tempo a pensar nas respostas: a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

A 3 <u>2</u> 1 0	Sinto-me tenso ou contraído: A maior parte do tempo Muitas vezes De vez em quando, ocasionalmente Nunca	Sinto-me parado: Quase sempre Com muita frequência Algumas vezes Nunca	D 3 2 1 <u>0</u>
D <u>0</u> 1 2 3	Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente: Tanto como antes Não tanto Só um pouco Quase nada	Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago: Nunca De vez em quando Muitas vezes Quase sempre	A 0 1 <u>2</u> 3
A 3 <u>2</u> 1 0	Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer: Nitidamente e muito forte Sim, mas não muito forte Um pouco, mas não me incomoda De modo algum	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto: Com certeza Não tenho tanto cuidado como devia Talvez não tanto como antes Tanto como habitualmente	D 3 <u>2</u> 1 0
D 0 <u>1</u> 2 3	Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas: Tanto como habitualmente Não tanto como antes Nitidamente menos agora Nunca	Sinto-me impaciente e não consigo estar parado: Muito Bastante Um pouco Nada	A 3 2 1 <u>0</u>
A 3 2 <u>1</u> 0	Tenho a cabeça cheia de preocupações: A maior parte do tempo Muitas vezes De vez em quando Raramente	Penso com prazer no que tenho a fazer: Tanto como habitualmente Menos que anteriormente Bastante menos que anteriormente Quase nunca	D <u>0</u> 1 2 3
D 3 2 <u>1</u> 0	Sinto-me bem disposto: Nunca Poucas vezes Bastantes vezes Quase sempre	De repente, tenho sensações de pânico: Com grande frequência Bastantes vezes Algumas vezes Nunca	A 3 <u>2</u> 1 0
A <u>0</u> 1 2	Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado: Sempre Habitualmente Algumas vezes	Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV: Frequentemente Algumas vezes	D <u>0</u> 1

3	Nunca	Poucas vezes	2
		Muito raramente	3

**Questionário de dispneia (Medical Research Council  
Dyspnoea Questionnaire)**

Nome: .....

Data: 18/01/2014

Assinale com uma cruz (assim ☒) o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

**GRAU 1**

Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.

*"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".*☐**GRAU 2**

Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

*"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".*☐**GRAU 3**

Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.

*"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".*☒**GRAU 4**

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

*"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".*☐**GRAU 5**

Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

☐



"Estou sem fôlego para sair de casa".

### Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: 16 / 01 / 2014

#### Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias actividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

- 0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)
- 1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)
- 2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)
- 3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)
- 4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)
- 5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	<input checked="" type="checkbox"/>	Fazer a cama	<input checked="" type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do tronco	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudar o lençol da cama	<input checked="" type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias	<input checked="" type="checkbox"/>	Lavar janelas/cortinas	<input checked="" type="checkbox"/>
Lavar a cabeça	<input checked="" type="checkbox"/>	Limpeza/limpar o pó	<input checked="" type="checkbox"/>
		Lavar a louça	<input checked="" type="checkbox"/>
		Utilizar o aspirador/varrer	<input checked="" type="checkbox"/>
Lazer		Actividade física	
Andar em casa	<input checked="" type="checkbox"/>	Subir escadas	<input checked="" type="checkbox"/>
Sair socialmente	<input checked="" type="checkbox"/>	Inclinar-se	<input checked="" type="checkbox"/>

Falar	<input checked="" type="checkbox"/>	
-------	-------------------------------------	--

## Euro Qol

Nome: .....

Data: 16/01/2014

Assinale com uma cruz (assim ☒) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje

<b>Mobilidade</b>	<input type="checkbox"/>	1
Não tenho problemas em andar	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/>	3
Tenho de estar na cama		
<b>Cuidados pessoais</b>	<input type="checkbox"/>	1
Não tenho problemas em cuidar de mim	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me	<input type="checkbox"/>	3
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a		
<b>Actividades habituais (ex: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)</b>	<input type="checkbox"/>	1
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>	3
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais		
<b>Dor / Mal-estar</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Não tenho dores ou mal-estar	<input type="checkbox"/>	2
Tenho dores ou mal-estar moderados	<input type="checkbox"/>	3
Tenho dores ou mal-estar extremos		
<b>Ansiedade / Depressão</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>	2
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>	3
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a		
<b>Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:</b>	<input type="checkbox"/>	1
Melhor	<input type="checkbox"/>	2
Igual	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Pior		

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

O melhor estado de saúde imaginável

100	
9	0
8	0
7	0
6	0
5	0
4	0
3	0
2	0
1	0
0	

## **ANEXO III**

### Folhas de registo usadas em EC



①

## Programa de Reeducação Funcional Motora

Data	15/01/14	16/01/14	17/01/14	18/01/14	19/01/14	20/01/14	21/01/14	22/01/14	23/01/14	24/01/14	25/01/14	26/01/14	27/01/14
<b>I. Barthel</b>													
<b>Força Muscular</b> (Escala de Lower)	MSD	4	4	4	4	4		4					
	MSE	5	5	5	5	5		5					
	MID	3	3	3	3	3		3					
	MIE	3	3	3	3	3		3					
<b>Tónus Muscular</b> (E. Ashwort Modificada)													
<b>Sensibilidade</b>													
	Térmica	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	Táctil	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	Dolorosa	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

Movimento Articular ( Indicar as alterações):

<b>Equilíbrio</b>													
Sentado	Estático	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	Dinâmico	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Em pé	Estático	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	Dinâmico	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

Objectivos Terapêuticos:

Exercícios de fortalecimento muscular com alteres bola; Exercícios isométricos dos musculos nadegas e coxas; Mobilizações passivas; Mobilizações activas; Mobilizações resistidas; Outros

Data	15/1	16/01/14	17/01/14	18/01/14	19/01/14	20/01/14	21/01/14	22/01/14	23/01/14	24/01/14	25/01/14	26/01/14	27/01/14
Pescoço	Rotação dta/esq												
	Inclinação dta/esq												
Ombros	Flexão/extensão												
	Flexão/extensão												
Cotovelos	Rotação int/ext												
	abd/adução												
Punhos	Flexão/extensão												
	D. cubital/d. radial												
Dedos das m	Flexão/extensão												
	abd/adução												
Coxo femur	Flexão/extensão												
	abd/adução												
Joelhos	Rotação int/ext												
	Flexão/extensão												
Tibio tarsica	Invers/Eversão												
	Flexão/dorsiflexão												
Dedos dos p	Flexão/extensão												
	abd/adução												
Treino de AVD,s													
Treino de marcha													
Posicionamentos Recomendado													
A evitar													

Observações/Outras intervenções

24/1/2014. @ CI 502 do CB, até a 9:50/min do cetero,



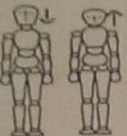

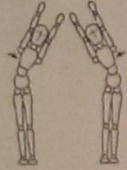
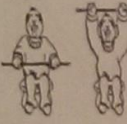



Programa de Reabilitação Respiratória												
Data		21/01/18		21/11/18		22/11/18		24/11/18		26/11/18		
		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	
Sinais Vitais	FC (p.p.m.)	85	87	85	87	85	87	85	89	100	82	
	FR (c.p.m.)	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	
	SpO2 (%)	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	
	T.A. (mmHg)	145/91	145/91	145/91	145/91	145/91	145/91	145/91	145/91	145/91	145/91	
	Dor - Localização	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pele/Mucosas (Coradas/Descoradas/Cianósadas/Ictéricas)		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
Edemas (Sim/Não)		S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
P. Respiratório	Ventilação (Espontânea/Mecânica)	Exp	Exp	Exp	Exp	Exp	Exp	Exp	Exp	Exp	Exp	
	Simetria torácica (Sim/Assimétrica)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Torácica/Mista/Abd-Diafragmática	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	
	Ritmo	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
	Amplitude (Normal/Diminuída/Aumentada)	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Tiragem (Intercostal/Supra clavicul/axil)		-	C	TC	TC	TC	C	C	C	TE	TEC	
Sintomas (Tosse/Expectoração/Cansaço)		-	-	-	-	-	-	0	5	2	5	
Avaliação da Dispneia (Escala de Borg)												
Palpação	Elasticidade (Mantida/Diminuída)											
Percussão	Transmissão das vibrações vocais											
Auscultação	Macidez/Timpanismo	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
	Murmúrio Vesicular	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
	(Mantido/Diminuído/Ausente)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
	Ruidos Adventícios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	(Roncos/Sibilos/Fervores/Creptações/Broncospasmo)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Atritos Pleurais (Sim/Não)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Data		21/11/18		22/11/18		24/11/18		26/11/18		28/11/18		
Posição de descanso e relaxamento		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Exercícios de Reeducação Globais e Selectivos	Abdomino diafragmática	Global										
		P. posterior c/ e s/ resistência										
		Hemicupula direita										
		Hemicupula esquerda										
		P. anterior c/ e s/ resistência										
	Costal	Global c/ Bastão										
		Lateral dta com abdução dos MS										
		Antero lateral dta c/ e S/ resist										
		Lateral esq c/ abdução dos MS										
		Antero lateral esq c/ e S/ resist										
Postero lateral dta c/ e s/ resist												
Postero lateral esq c/ e s/ resist												
Mobilização Escapulo - umeral												
Drenagem Postural modificada	L. Superior											
	L. Médio											
	L. Inferior											
Manobras Acessoria: Percut/Vibr/Comp												
Terapêutica de posição												
CATR (RA - ER - HUFF - TEF)												
Tosse	Dirigida, Assistida, C/ contenção Sutura											
	Eficaz/Ineficaz/Aspiração secreções											
	Quantidade (Abundante/Escassa/Moderada)											
	Viscosidade (Fluída, Espessa)											
Flutter	Características (Mucos/Mucopuro/Amarel/Hemát)											
	Flutter											
Inspirometro de incentivo												
Cough ASSIST	Modalidade (Manual/Automática)											
	Pressão Insuflação											
	Pressão Exsuflação											
	Insuflação											
Tempo	Exsuflação											
	Pausa											
Observações												




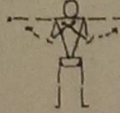




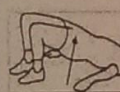



# Exercícios para a pessoa com Doença Respiratória

Nome do Doente

ta: 16/01/2015

Exercícios	Exercícios de aquecimento (10x cada)	16/01 (M)	17/1 (T)	20/1 (H)	21/1 (H)	22/1 (H)	24/1 (H)	27/1 (F)
	1. Flectir o pescoço expirando. Inspire voltando a posição direita					✓ 10 repet	✓	✓ 10 rep
	2. Girar os ombros em círculos com suavidade, respirando ritmicamente					✓ 10 repet	✓	✓ 10 rep
	3. Inclinir o tronco ao lado inspirando. Expirar voltando à posição de tronco direito.							
	4. Com o bastão elevar os braços levantando o bastão e inspirando.	✓ 2 séries de 7 repetições	✓ 2 séries de 7 repet.	✓ 2 séries de 7 repetições		✓ 2 séries de 7 rep.	✓	✓ 10 rep.
	5. Marchar no lugar sem pressas, mantendo a respiração rítmica						✓	
Exercícios de fortalecimento (10 x Cada)								
	1 - Levantar o peso à altura dos ombros expirando. Voltar à posição de partida inspirando	✓ 2 séries de 7 repetições el peso de 0.5 kg	✓ 2 séries de 7 repet. el peso de 0.5 kg	✓ 14 repet el peso de 0.5 kg		✓ 15 repet el peso de 0.5 kg	✓ 5 peso	
	2 - Levantar o peso à altura dos ombros (abrindo os braços), e expirando. Voltar à posição de partida inspirando	✓ 2 séries de 7 repetições el peso de 0.5 kg	✓ 2 séries de 7 repet. el peso de 0.5 kg	✓ 14 rep el peso de 0.5 kg		✓ 10 repet el peso de 0.5 kg	✓ 5 peso de 2 kg	



	3 – Dobrar os cotovelos, levando o peso ao ombro, expirando. Voltar à posição de partida inspirando	✓ 2 séries de 7 repetições cl peso de 0.5kg	✓ 2 séries de 7 repetições cl peso de 0.5kg	✓ 14 rep cl peso 0.5kg	✓ 15 rep cl peso 0.5kg	✓ cl peso 0.5kg		
	4 – Dobrar e cruzar os braços expirando. Voltar à posição de partida inspirando						✓ 10 rep	
	5 – Esticar um joelho. Voltar lentamente a pousar o pé no chão inspirando.	✓ 2 séries de 7 repetições cl peso 0.5kg	✓ 2 séries de 7 repetições cl peso 0.5kg	✓ 14 rep cl peso 0.5kg	✓ cl peso 0.5kg	✓ cl peso 0.5kg		
	6 – Colocar-se em bicos dos pés expirando. Inspirando voltar a pousar os calcanhares no chão.					✓		
	7 – De pé, dobrar os joelhos expirando. Voltar a esticar os joelhos inspirando.							
	8 – De pé, levantar a perna para o lado expirando. Voltar a pousa-la ao lado da outra inspirando.							
	9 – Ponte com resistência.							
	10 – Marcha.		✓ Marcha cl e sl ambos os lados		✓ sl ambos os lados	✓ sl ambos os lados		
	11 – Treino de escadas							
	12 – Bicicleta / Pedaleira							





# APÊNDICES

## **APÊNDICE I**

### **Projeto**

# **4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Opção II – Projeto de Formação**

**As intervenções do enfermeiro especialista de  
reabilitação na readaptação ao domicílio da pessoa  
com limitação funcional – ajudas técnicas no  
autocuidado**

**Lisboa**

**Julho 2013**





# **4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

## **Opção II – Projeto de Formação**

**As intervenções do enfermeiro especialista de  
reabilitação na readaptação ao domicílio da pessoa  
com limitação funcional – ajudas técnicas no  
autocuidado**

**Professor Regente** – Professor Joaquim Paulo

**Professor Orientador** – Professor Miguel Serra

**Discente** – Cláudia Alexandra de Almeida G. Branco nº 4834

**Lisboa**

**Julho 2013**

## **ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADA – *American With Disabilities Act*

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

AT – Ajudas Técnicas

AVD – Atividade de Vida Diária

CNAT – Catálogo Nacional de Ajudas Técnicas

EASTIN – Rede Europeia de Informação e Tecnologia de Apoio

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

Enf.º - Enfermeiro

EUSTAT – *Empowering Users Through Assistive Technology*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

MAF – Escala de Medida da Avaliação Funcional

MIF – Escala de Medida da Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Produtos de Apoio

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SNRIPD – Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência

TA – Tecnologia Assistiva

UC – Unidade Curricular



# ÍNDICE

<b>O. INTRODUÇÃO</b>	4
<b>1. PROJETO DE FORMAÇÃO – “As intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na readaptação ao domicílio da pessoa com limitação funcional – ajudas técnicas no autocuidado</b>	6
1.1 – Contextualização	6
1.2 - Enquadramento teórico	7
1.2.1 – Pessoa com limitação funcional	7
1.2.2 – Métodos de avaliação funcional	9
1.3 – Quadro de referência – Teoria do autocuidado de Orem	11
1.4 – Programa de enfermagem de reabilitação	13
1.4.1 – Ajudas técnicas	13
1.4.2 – Reabilitação e ajudas técnicas	16
1.5 – Cronograma	17
1.6 – Planeamento de actividades	18
1.7 – Registo dos meios e recursos existentes	21
<b>2 – CONCLUSÃO</b>	25
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	26
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	30
<b>ANEXOS</b>	33
Anexo I – Diário da República 2012 – Documentos e lista homologada	34
<b>APÊNDICES</b>	39
Apêndice I – Cronograma completo	40
Apêndice II – Planeamento actividades ECCI	42
Apêndice III – Planeamento actividades Serviço Pneumologia	58
Apêndice IV – Guiões Hospital	68

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular (UC) de opção II, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-nos proposto a realização de um projeto de formação tendo por base o aprofundamento de uma problemática existente nos nossos contextos de trabalho, cujo tema nos motivasse e que permita desenvolver competências na área da especialidade de reabilitação. Este projeto será desenvolvido no 3º semestre durante as semanas de estágio em local previamente eleito por nós (ver cronograma).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) a reabilitação é uma vertente da enfermagem que engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que visam promover a independência da pessoa com patologia aguda, crónica, maximizando o seu potencial funcional.

Atendendo às referências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) este deve conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação individualizados, tendo por base problemas reais e potenciais. Tendo em conta o nível de conhecimentos e experiência adquiridos, o EER deverá tomar decisões visando a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação procurando sempre maximizar o potencial da pessoa.

Desta forma, e baseando-se nas competências referidas pela Ordem dos Enfermeiros, a UC opção II tem como objetivo geral a aquisição e mobilização de novas aprendizagens por parte do discente, no sentido de desenvolver competências específicas do EER.

Para a aquisição e mobilização das aprendizagens foi selecionado a metodologia de projeto. Esta metodologia tem como base a resolução de problemas reais e pertinentes, sentidos como verdadeiros problemas para aquele que vai elaborar o trabalho, e tem como objetivo o enriquecimento em termos de conhecimento, compreensão e solução do problema ou questão inicialmente colocados, criando uma relação entre a prática e a teoria (Castro & Ricardo, 2002; Rangel & Gonçalves, 2010; Mateus, 2011).

O tema eleito para este projeto foi *“As intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na readaptação ao domicílio da pessoa com limitação funcional – ajudas técnicas no autocuidado”*.

Este projeto tem como objetivo geral a identificação das intervenções do EER no que diz respeito à utilização e ensino de ajudas técnicas (AT) para o autocuidado da pessoa com limitação funcional aquando do seu regresso a casa.

Farão parte integrante deste projeto inicialmente a sua contextualização e enquadramento teórico (relativamente à pessoa com limitação funcional, os métodos de avaliação funcional, o quadro de referência abordando a teoria do autocuidado de Orem, e o programa de enfermagem reabilitação) e numa segunda parte estarão esplanadas as atividades planeadas, o cronograma e o registo dos recursos e meios existentes.

## **1 – Projeto de Formação – As intervenções do EER na readaptação ao domicílio da pessoa com limitação funcional – ajudas técnicas no autocuidado.**

### **1.1 - Contextualização**

O tema deste projeto recai sobre o tipo de intervenções que o EER possui na prestação de cuidados na pessoa com limitação funcional. A limitação funcional pode ser desencadeada por um processo de acidente ou por doença crónica/incapacitante. São várias as situações que provocam limitações funcionais com necessidade de AT para o autocuidado como por exemplo o acidente vascular cerebral, a doença de Parkinson, o traumatismo vertebro-medular, o traumatismo craniano, a esclerose múltipla, entre outras. Contudo por ainda não saber a que tipo de população-alvo a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) presta cuidados, abordarei a limitação funcional no geral, não especificando nenhuma patologia em concreto.

Segundo dados estatísticos do INE (2004), a população portuguesa tende a diminuir até 2050 verificando-se um aumento do envelhecimento populacional. Desta forma e segundo Nogueira, Henriques, Gomes e Leitão (2007) é esperado um aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes ao longo dos anos. Assim é preponderante que exista uma atuação cada vez mais centrada nos problemas e necessidades específicos da pessoa que necessita de cuidados, tornando-se essencial uma reestruturação dos cuidados de saúde prestados, com uma abordagem centrada na prevenção da doença, promoção de saúde e reabilitação pós patologia.

As patologias que acarretam limitações funcionais geram um impacto somato-psicológico que envolvem situações indesejáveis, modificações irreversíveis e necessidades de readaptação, ou seja geram incapacidades / restrições, totais ou parciais para a realização de tarefas/atividades dentro dos limites considerados “*normais*” (Cardoso, 2004).

A pessoa com limitação funcional irá necessitar de ajuda de outra pessoa para a realização de atividades de vida diária (AVD) (como alimentação, higiene, vestir/despir, marcha, transferências...) que são fundamentais para a satisfação de diversas necessidades. Contudo a pessoa doente deseja [re]encontrar a sua independência/autonomia que outrora possuía sem a ajuda de outro. Para que essa autonomia seja [re]encontrada a mesma poderá recorrer a instrumentos, designados por AT ou produtos de apoio.

As AT são ferramentas de compensação adequadas, com vista a uma maior autonomia e eficaz integração na sociedade, promovendo a existência de uma sociedade mais permeável à diversidade vislumbrando novos caminhos de inclusão social da pessoa com limitação funcional (Cruz, 2000; ISO 9999:2002; Diário da República 2004; Galvão Filho, 2009).

O conceito de produtos de apoio provém de uma evolução a nível internacional do conceito de AT, ou seja de uma evolução da norma internacional ISO 9999:2002 para a ISO 9999:2007. Assim, produto de apoio é qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamento, instrumento, tecnologia e *software*) criado especialmente ou disponível no mercado, para prevenir, compensar, controlar, atenuar ou neutralizar deficiências, limitações e/ou restrições (ISO 9999:2007)

Para este projeto utilizar-se-á o termo AT visto só se abordar dispositivos e instrumentos para o autocuidado, não abordando nem tecnologia nem *software*.

Trabalhando num hospital central e num serviço de medicina há 4 anos, prestando cuidados maioritariamente a pessoas com limitações funcionais que necessitam de ajuda para se autocuidarem e alcançarem a sua independência, verifico que os enfermeiros estão pouco sensibilizados para esta temática que tem cada vez mais impacto na nossa sociedade. Sendo um tema ainda tão pouco desenvolvido e valorizado por parte dos enfermeiros em contexto hospital é necessário promover estratégias de intervenção de enfermagem específicas nesta área, visando a autonomia da pessoa com limitação funcional.

## **1.2. - Enquadramento Teórico**

### **1.2.1 – Pessoa com limitação funcional**

Ao abordar a pessoa com limitação funcional torna-se essencial definir alguns conceitos tais como capacidade funcional, autonomia, independência e declínio funcional.

Capacidade funcional para Lobo & Pereira (2007) caracteriza-se pelas habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma nas AVD e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

A autonomia para as AVD e AIVD, caracteriza-se pela capacidade individual de decisão e comando das suas ações, estabelecendo e seguindo as suas próprias regras (Moraes, Marino & Santos, s.d).

A independência constitui a capacidade para realizar algo com os seus próprios meios. Ou seja é a capacidade para realizar de forma independente as AVD e as AIVD. Enquanto as AVD se referem a requisitos básicos (banho, vestir, transferência, alimentação) estando associados a baixa exigência metabólica, as AIVD são requisitos adicionais para a vida em comunidade (uso do telefone, preparação de alimentação, limpeza, lavar roupa, compras, gestão de dinheiro, usar transportes, gestão de medicamentos, manutenção da saúde pessoal, administração do lar, cuidar de outros, segurança e resposta de emergência) (Moraes, Marino & Santos, s.d).

Quando há um défice de capacidade funcional, autonomia e independência encontramos-nos perante um declínio funcional ou limitação funcional que se caracteriza por uma incapacidade para o autocuidado.

Segundo a OMS os conceitos de comprometimento, incapacidade e deficiência estão interligados e encontram-se inseridos no contexto entre doença-indivíduo-tarefa-ambiente. Comprometimento significa alterações nos órgãos ou sistemas do corpo. Já incapacidade significa dificuldade para realizar a tarefa. Por sua vez a deficiência resulta de um comprometimento que pode levar à incapacidade para o desempenho do papel na sociedade. Ou seja o comprometimento atinge o nível de disfunção orgânica e tem impacto no défice de habilidades, a incapacidade atinge o nível de dificuldade na realização de tarefas e tem impacto no défice no desempenho das mesmas e a deficiência atinge o nível de desvantagem social e tem impacto no défice de papéis (Christiansen, Schwartz, Barnes 1992).

Para este projeto alterou-se o conceito de incapacidade para limitação, mantendo contudo o mesmo significado descrito pela OMS. Ou seja a limitação funcional caracteriza-se pela dificuldade na realização de tarefas e tem impacto no défice no desempenho das mesmas.

Na prática diária pode verificar-se que são várias as situações patológicas que acarretam limitações funcionais, repercutindo-se em situações de dependência funcional no autocuidado. As limitações funcionais podem ser temporárias ou permanentes consoante a gravidade da patologia/acidente deixando na pessoa incapacidades a três níveis, nas AVDs (alimentação,

higiene, vestir, mobilidade), nas relações com a família e nas relações com a sociedade (desempenho profissional e atividade de lazer) (Oliveira & Candeias, 2000).

A pessoa com limitação funcional é aquela que possui um ou vários comprometimentos (perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica, ou anatômica); uma ou várias limitações (redução ou falta de capacidade para realizar a atividade); uma ou várias desvantagens/*handicaps* (incapacidade de realizar tarefa resultante de uma limitação, que limita ou impede de realizar a tarefa normalmente) (Cruz, 2000; Diário da República, 2009).

### **1.2.2 – Métodos de avaliação funcional**

Quando se cuida de pessoas com limitações funcionais torna-se fundamental avaliar o nível de independência funcional que essa pessoa possui para o autocuidado, ou seja para a realização de AVD. Assim, e segundo Tate (2010) são várias as escalas que se podem usar para a avaliação do grau de limitação funcional para a realização de AVD, como por exemplo *Activities of daily living questionnaire*, *Assessment of living skills and resources*, *Barthel Index*, *Bristol activities of daily living scale*, *Frenchay activities index*, *Functional independence measure*, *Functional independence measure and functional assessment measure*, *Katz index of activities of daily living*, *Instrumental activities of daily living scale and physical self-maintenance scale* entre outras.

Para a realização deste projeto abordar-se-á a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e a escala de Medida de Avaliação Funcional (MAF).

Ambas as escalas supracitadas são maioritariamente usadas em situações de traumatismo vertebro-medular permitindo avaliar o impacto da lesão nas AVD. Contudo por abordarem e avaliarem pontos como autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade/transferência, locomoção, comunicação, adaptação psicossocial e função cognitiva em pessoas com limitações funcionais, tornam-se aspetos relevantes a serem avaliados noutras patologias que comprometam a independência funcional não apenas nas lesões medulares, e que por esse motivo se escolhe adaptar a utilização dessas mesmas escalas na realização deste projeto.

#### **MIF**

A escala MIF tem em conta 18 itens avaliados numa escala em que o valor máximo é 7 e o mínimo é 1, o que dá um resultado máximo de 126 e um mínimo de 8. Os 18 itens são avaliados

nas categorias do autocuidado (higiene pessoal, alimentação, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização da casa de banho), do controle de esfíncteres (controle eliminação vesical e intestinal), da mobilidade / transferência (cama/cadeira/cadeira de rodas, sanita, duche / banheira), da locomoção (marcha / cadeira de rodas, escadas), da comunicação (compreensão, expressão), da adaptação psicossocial (interação social) e da função cognitiva (resolução de problemas, memória) tendo em conta sete níveis de medida de independência funcional. Esses sete níveis consistem no nível 1 – Assistência total (assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos do que 25% do esforço necessário para a tarefa), 2 – Assistência Máxima (utiliza menos de 50% do esforço necessário para a tarefa, mas não necessita de auxílio total), 3 – Assistência Moderada (necessita de uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, possibilitando a execução da atividade – realiza 50% do esforço necessário na tarefa), 4 – Assistência com o mínimo de contacto (necessita de uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade – realiza 75% do esforço necessário na tarefa), 5 – Supervisão ou estrutura (necessita somente de supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de ajuda é somente para o preparo da tarefa quando necessário), 6 – Independência Modificada (capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente), 7 – Completa Independência (toda a tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável) (Oliveira & Candeias, 2000; Tate, 2010).

### MAF

Por sua vez a escala MAF, é desenvolvida como complemento à escala MIF, incluindo medidas cognitivas, comportamentais, de comunicação e psicossociais, adicionando 12 itens aos 18 já existentes na MIF. Assim avalia na categoria do autocuidado (engolir), no controle de esfíncteres, na mobilidade / transferência (carro), na locomoção (acesso à comunidade), na comunicação (ler, escrever, falar de forma inteligível), na adaptação psicossocial (estado emocional, adaptação às limitações, empregabilidade) e na função cognitiva (orientação, atenção, avaliação da segurança) tendo em conta os mesmos sete níveis de medida de independência funcional anteriormente abordados na escala MIF (Tate, 2010).



### 1.3 – Quadro de referência – Teoria do autocuidado de Orem

A escolha do quadro de referência para este projeto recai sobre a teoria geral de enfermagem do autocuidado de Dorothea Orem. A escolha desta teoria baseia-se no facto de as pessoas que possuem limitação funcional procurarem estratégias para se autocuidarem de forma autónoma. Procuram assim encontrar uma transição eficaz entre o passado e o presente. O passado onde eram autónomas na satisfação das suas necessidades e o presente onde necessitam de ajuda de outros ou de instrumentos, como as AT, para satisfazerem as suas necessidades.

Assim, torna-se fundamental realizar um pequeno resumo desta teoria de forma a evidenciar a sua importância quando se cuida de pessoas com limitações funcionais resultantes de patologia crónica ou aguda em contexto domiciliário.

Em 1959, Orem e o seu conceito de enfermagem bem como o de autocuidado foi publicado pela primeira vez. Para esta, o indivíduo quando é capaz, cuida de si mesmo, contudo quando não é, então a enfermeira deve proporcionar e providenciar a ajuda necessária para o indivíduo satisfazer as suas necessidades (George et al 2000).

Em 1971 Orem publica a primeira versão do seu livro intitulado *Nursing: concepts of practice*. Na terceira versão do mesmo, em 1985, Orem apresenta a sua teoria geral da enfermagem (teoria geral de enfermagem do défice de autocuidado), constituída por três bases teóricas relacionadas entre si: autocuidado, défice do autocuidado e sistemas de enfermagem (George et al 2000).

Inerentes às três bases teóricas estão seis conceitos centrais (autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, défice de autocuidado, serviço de enfermagem, sistema de enfermagem) e um periférico (fatores condicionantes básicos), que são fundamentais à compreensão da teoria (George et al 2000).

#### Teoria do Autocuidado

Para poder compreender na totalidade em que consiste a teoria do autocuidado torna-se preponderante entender alguns conceitos tais como: *autocuidado* (consiste na realização de atividades por parte do indivíduo para manter a vida, a saúde e o bem-estar); *ação de autocuidado* (consiste na capacidade humana para o autocuidado); *fatores condicionantes básicos* (consistem em fatores que condicionam o autocuidado, como a idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sociocultural, os fatores do atendimento de saúde, os

fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos) e a *demanda terapêutica para o autocuidado* (consiste nas ações de autocuidado a serem realizadas para preencher os requisitos do autocuidado) (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos & Lessmann, 2006).

Um outro conceito ainda inerente a esta teoria designa-se por *requisitos de autocuidado* estes subdividem-se em universais (comuns a todos os seres humanos e que correspondem a ações que proporcionam condições internas e externas que favorecem o desenvolvimento humano – respiração eficaz, ingestão adequada de água e alimentos, processos adequados de eliminação, equilíbrio entre atividade e descanso e entre solidão e interação social, prevenção de risco para a vida e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano); desenvolvimento (surtem da necessidade de adaptação a mudanças que surgem na vida do indivíduo ao longo do ciclo de vida ou em situações que afetam o desenvolvimento, como a maternidade por exemplo); e os requisitos de desvio de saúde (que ocorrem em situações de patologia que afete os mecanismos fisiológicos e/ou psicológicos e que altere o funcionamento integral do ser humano) (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos & Lessmann, 2006).

#### Teoria do déficit do Autocuidado

É considerada o cerne da teoria geral de Orem pois define quando e em que situações, a enfermagem é necessária. Essas situações são por exemplo quando um indivíduo adulto é incapaz ou possui limitações na realização contínua do autocuidado. Para colmatar essas limitações ou incapacidades para o autocuidado Orem define cinco métodos de ajuda que a enfermagem deverá ser capaz de realizar, são eles agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos & Lessmann, 2006).

Para além desses cinco métodos de ajuda, Orem define também cinco áreas de atividade que a enfermagem deve praticar são elas iniciar e manter relação enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até doente ser legitimamente liberado da enfermagem; determinar a maneira como os doentes podem ser ajudados pela enfermagem; responder aos desejos, solicitações e necessidades do doente; prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes e às pessoas significativas; coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do doente (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos & Lessmann, 2006).

## Teoria dos sistemas de enfermagem

Quando existe déficit no autocuidado Orem propõem a teoria dos sistemas de enfermagem, delineada pelo enfº e baseada nas necessidades de autocuidado do indivíduo bem como nas capacidades do mesmo para satisfazer as suas necessidades. Assim, se houver um déficit de autocuidado, ou seja um déficit entre o que o indivíduo pode fazer e o que precisa ser feito para manter o bem-estar e autonomia, é exigida a intervenção da enfermagem (George et al 2000, Orem 2001; Conto, Ramos & Lessmann, 2006).

Nesta teoria são identificadas três classificações de sistemas de enfermagem. São eles o *sistema totalmente compensatório* (situação em que o indivíduo é totalmente incapaz para o autocuidado e a intervenção de enfermagem é necessária para compensar inteiramente essa incapacidade); *sistema parcialmente compensatório* (situações em que o indivíduo realiza algumas ações de autocuidado mas necessita do enfº para compensar aquelas que não consegue executar) e o *sistema de apoio e educação* (quando o indivíduo é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado) (George et al 2000; Orem 2001; Conto, Ramos & Lessmann, 2006).

### **1.4 – Programa de enfermagem de reabilitação**

#### **1.4.1 – Ajudas técnicas**

Situações patológicas que acarretem limitações funcionais e que se manifestam pela dependência funcional no autocuidado exigem uma abordagem mais atenta e competente por parte dos profissionais de saúde. Desta forma torna-se fundamental que os enfº estejam atentos a produtos existentes no mercado e que capacitem o indivíduo, que possui limitações funcionais, a encontrar estratégias para o seu bem – estar. Esses produtos, segundo a literatura poder-se-ão designar por AT, produtos de apoio (PA), tecnologia assistiva (TA), entre outros.

Contudo, como já anteriormente mencionado para a elaboração deste projeto irá recorrer-se ao termo AT. Estas constituem instrumentos que permitem a pessoa com incapacidade, deficiência ou comprometimento, realizar determinada tarefa do seu dia-a-dia de forma o mais autónoma possível.

O conceito mais parecido com o de AT remonta aos anos 70 em Inglaterra, e designava-se por *ferramentas de sobrevivência*, definido pelo professor Heinz S. Wolff. As *ferramentas de*

*sobrevivência* consistiam em produtos que permitiam ajudar as pessoas com incapacidade ou deficiência, aproveitando a evolução tecnológica (Kuppers, 1999).

Em 1988 cria-se nos Estados Unidos a Lei-Pública 100-407 que compõe, em conjunto com outras leis, o *American With Disabilities Act (ADA)*. Este conjunto de leis regula os direitos dos cidadãos com deficiência e estabelece os critérios e bases legais que regulamentam as verbas públicas e subsídios para adquirir os materiais que designam de *Assistive technology* (recursos e serviços). A TA consiste numa variedade de equipamentos, serviços, estratégias e práticas criadas e aplicadas para reduzir as limitações funcionais existentes em indivíduos com deficiência (Galvão Filho, 2009).

Na Europa, o conceito de TA é traduzido para AT ou PA. Estes termos são utilizados pelo consórcio EUSTAT – *Empowering Users Through Assistive Technology* que define PA como sendo todos os produtos e serviços essenciais para a compensação de limitações funcionais, permitindo a independência e aumentando a qualidade de vida das pessoas com deficiência ou idosos. O consórcio EUSTAT desenvolveu quatro documentos publicados na comissão europeia e que vale a pena ter em conta, são eles “Educação em tecnologias de apoio para utilizadores finais: linhas de orientação para formadores”, “Vamos a isso! Manual de ajudas técnicas para o utilizador final”, “Fatores críticos que envolvem a educação de utilizadores finais em relação às tecnologias de apoio”, “Programas de educação em tecnologias de apoio para utilizadores finais na Europa” (Galvão Filho, 2009).

Em 2004-2005 foi criado o consórcio EASTIN – Rede europeia de informação de tecnologias de apoio, com o objetivo de criar uma rede internacional de informações sobre AT, capaz de ajudar todos os países europeus e que dê respostas a questões como: quantos produtos e serviços de TA existem na Europa? Quais são as especificações técnicas desses produtos? Como se pode ter acesso aos mesmos? Quais as normas legais, de cada país sobre o financiamento público e distribuição dos produtos? Como ajudar o utilizador final a fazer a escolha adequada dos produtos? (Galvão Filho, 2009).

Em 2005, em Portugal, foi disponibilizada a primeira versão do catálogo nacional das ajudas técnicas (CNAT). Este catálogo foi um projeto entre o secretariado nacional para a reabilitação e integração de pessoas com deficiência (SNRIPD) (atual instituto nacional para a reabilitação, I.P (INR)) e o ministério do trabalho e da solidariedade social. A sua organização é baseada na

norma internacional ISO 9999: 2002. Segundo este catálogo as AT consistem num determinado instrumento, produto, equipamento ou sistema tecnológico de produção especializada ou à venda, utilizado por um indivíduo com limitação ou deficiência de forma a prevenir, compensar, atenuar ou eliminar uma deficiência, incapacidade, limitação ou desvantagem (Andrich, 1999; Queirós, 2001; ISO 9999: 2002; Galvão Filho 2009).

Em 2007 o conceito de AT foi alterado para PA através da realização da norma internacional ISO 9999:2007. Nesta norma as AT são agrupadas em classes, subclasses e divisões. Segundo as classes as AT são agrupadas em ajudas para tratamento clínico individual (04), ajudas para treino de capacidades (05), ortóteses e próteses (06), ajudas para cuidados pessoais e de proteção (09), ajudas para a mobilidade pessoal (12), ajudas para cuidados domésticos (15), mobiliário e adaptações para habitação e outros locais (18), ajudas para comunicação, informação e sinalização (21), ajudas para manejo de produtos e mercadorias (24), ajudas e equipamento para melhorar o ambiente, ferramentas e máquinas (27) e ajudas para recreação (30) (Diário da República, 2012). (ver Anexo I – Diário da República 2012 – documentos e lista homologada).

As AT visam a melhoria da autonomia e da qualidade de vida das pessoas com deficiência e da população idosa, tendo em conta três dimensões, são elas a atividade (o que se pretende realizar, com mais autonomia, menor dependência, maior segurança e menor cansaço), o ambiente (onde se desenvolve a atividade) e a pessoa (quem desempenha a atividade influenciado pela sua personalidade, os recursos que possui ao seu dispor, as suas limitações) (Andrich, 1999; ISO 9999:2007; Galvão Filho, 2009).

As AT têm como objetivos não só a recuperação de uma função corporal (próteses, ortóteses) mas também o desenvolvimento de atividades específicas do dia-a-dia. As AT que visam o desenvolvimento de AVD exigem uma avaliação multifatorial ou seja exigem uma avaliação técnica, ambiental, familiar e social (Andrich, 1999; Cruz, 2000; Queirós, 2001).

A utilização de AT exige não só uma adaptação bidirecional ou seja uma adaptação do utilizador ao produto e deste ao utilizador, bem como da aceitação por parte do indivíduo. A escolha de determinada AT deve refletir a finalidade porque foi escolhida e adaptar-se às necessidades do indivíduo. Se assim não for, os indivíduos não se adaptam eficazmente ao equipamento ou simplesmente deixam de o usar. Isto acontece porque por vezes são escolhidas AT pelo que se “*ouviu dizer*” ou por avaliações das necessidades mal efetuadas tornando-se no futuro em gasto

de dinheiro, energia e esperança. Uma escolha eficaz da AT pretendida é influenciada por vários fatores entre eles o ambiente, as pessoas que rodeiam o utilizador e o nível de conhecimento do utilizador (Andrich, 1999; Cruz, 2000; Cruz, 2001).

Segundo Andrich (1999) é fundamental que cada país possua um sistema de fornecimento de AT que funcione como intermediário entre as necessidades da pessoa com limitação funcional e os recursos existentes na comunidade. O sistema tem como objetivos gerais: fornecer AT apropriadas às necessidades específicas de cada indivíduo, otimizar relação entre custo-eficácia, reduzir barreiras económicas para utentes e empresas e minimizar custos administrativos. Em Portugal, o sistema de atribuição de PA, denomina-se sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA) e foi criado em 2009 (Diário da República, 2009).

Em Portugal, as AT são subsidiadas a 100% quando fazem parte da lista homologada ISO 9999:2007 e prescritas pelo médico no centro de saúde, hospital e/ou nos centros de reabilitação. E são financiadas parcialmente quando consta da tabela de reembolso do sistema nacional de saúde, ou quando coberta pela companhia de seguros (SNRIPD, 2004; Preto, 2008).

Porém é fundamental sublinhar que existem entidades apenas prescritoras, outras prescritoras e financiadoras, outras apenas financiadoras e uma entidade gestora. Todas estas entidades estão interligadas por um sistema informático centralizado cuja gestão pertence ao INR, I.P. Há ainda entidades que podem a título excecional atribuir e financiar AT como nomeadamente a cruz vermelha, as câmaras municipais e as juntas de freguesia (SNRIPD, 2004; Preto, 2008).

Para desencadear o processo de atribuição e financiamento das AT é obrigatório a prescrição médica, com o preenchimento de uma ficha de prescrição disponível *online* (ver Anexo I – Diário da República 2012 – documentos e lista homologada). Consoante o tipo e complexidade da AT necessária a prescrição pode ser de nível 1 (prescritas pelos médicos dos centros de saúde), nível 2 (prescritas pelos médicos dos hospitais distritais) e nível 3 (prescritas por médicos de hospitais centrais, distritais e centros especializados com equipa de reabilitação) (SNRIPD, 2004; Preto, 2008).

#### **1.4.2. - Reabilitação e Ajudas Técnicas**

A reabilitação consiste, segundo o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (2011), num conjunto de medidas que ajudam o indivíduo com limitações funcionais a adquirirem e manterem uma

funcionalidade eficaz e ideal em interação com o seu ambiente. Essas medidas são realizadas durante determinado período, envolvendo intervenções simples ou complexas realizadas por uma pessoa (por exemplo cuidador, enfº) ou por uma equipa multiprofissional (enfº, terapeuta, fisioterapeuta, médico...) numa fase aguda até uma fase de manutenção.

O EER possui um papel preponderante para os indivíduos que possuem algum tipo de limitação funcional e que necessitam de AT para o seu autocuidado. Desta forma, o EER deve identificar o problema e necessidade da pessoa, avaliar o ambiente, definir metas de reabilitação, delinear e implementar medidas/plano de cuidados, auxiliar na escolha da melhor AT adaptada às necessidades específicas do utilizador bem como no ensino do seu funcionamento, procurando sempre a melhoria da qualidade de vida, a maximização da autonomia bem como a integração social da pessoa.

O ERR não deverá esquecer a importância do indivíduo e família na participação e envolvimento destes na sinalização de situações problemáticas bem como na sugestão de estratégias para solucionar essas mesmas situações (Gemito, 2003).

Muitas vezes as estratégias para solucionar situações problemáticas passam pelo uso de AT. Assim o EER deve capacitar a pessoa com limitação funcional ao uso de AT, assumindo um papel preponderante como parceiro no cuidado, tendo como objetivo capacitar a pessoa para o autocuidado e independência tendo responsabilidade na adaptação e desenvolvimento de estratégias para o novo papel da pessoa com dependência (Pereira, 2011).

## **1.5 - Cronograma**

Os locais seleccionados para a realização do ensino clínico, foram a ECCI no período de 30 de setembro de 2013 a 20 de Dezembro de 2013 e o serviço de pneumologia, no período de 6 de Janeiro de 2014 a 14 de Fevereiro 2014 (ver apêndice I – cronograma completo).

Ano	2013												2014					
Mês	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro			Janeiro				Fevereiro	
Dias	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	6	13	20	27	3	11
	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	20	12	19	26	2	9	14
ECCI																		
Pneumologia																		

A área selecionada para realização deste projeto foi a sensoriomotora na ECCI, porque é uma área do meu interesse pessoal e profissional e onde poderei colmatar lacunas na prestação de cuidados do dia-a-dia, nomeadamente nos ensinamentos ao doente e família no regresso ao domicílio, abordando as ajudas técnicas essenciais para o autocuidado.

Escolhi o centro de saúde para realizar o estágio visto que trabalhando num hospital pretendo adquirir mais conhecimentos sobre como se articula a Equipa de Gestão de altas hospitalares (EGA) com a comunidade, a tipologia de cuidados prestados na comunidade, a tipologia de redes de apoio na comunidade e a tipologia de necessidades do doente/família no domicílio.

## 1.6 – Planeamento de atividades

ECCI (ver apêndice II – planeamento atividades ECCI)

*Objetivos específicos* (1) integrar de forma progressiva e gradual a equipa multiprofissional, compreendendo a sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades; (2) Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação prestados na comunidade (articulação hospital Vs comunidade; redes de apoio na comunidade...); (3) Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família com limitação funcional, em contexto domiciliário, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais; (4) Promover continuidade de cuidados com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com limitação funcional e sua família em contexto domiciliário; (5) Compreender a importância das AT na promoção da autonomia da pessoa com limitação funcional e sua família; (6) Criar documento de fácil acesso e leitura sobre AT (tipologia, lista homologada em diário da república, entidades prescritoras, financiamentos, custos, associações / empresas).



*Atividades para o objetivo 1* - Realizar momentos de entrevistas informais com EER e Enf.º chefe, bem como com restante equipa multiprofissional; observar estrutura funcional do serviço da ECCI; consultar protocolos, manuais, documentos do serviço, bem como de instrumentos de registo; integrar equipa multiprofissional; identificar práticas, procedimentos e estratégias de intervenção a pessoas com limitação funcional em contexto domiciliário.

*Atividades para o objetivo 2* – realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática; esclarecer dúvidas sobre articulação Hospital Vs Comunidade e redes de apoio; organizar recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades; procurar estar motivada para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal; demonstrar capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas em contexto domiciliário.

*Atividades para o objetivo 3* - desenvolver o exercício profissional de acordo com o código deontológico; promover o respeito pela pessoa/família nomeadamente, a sua privacidade, os seus valores, costumes, crenças pessoais e religiosas; promover o direito da pessoa ao acesso da informação; promover o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; colaborar com a equipa multiprofissional na prestação de cuidados à pessoa/família; participar nas reuniões multiprofissionais e na tomada de decisão em equipa com base em princípios deontológicos.

*Atividades para objetivo 4* - avaliação da situação da pessoa com limitação funcional e família identificando as necessidades de apoio na comunidade, com vista à sua reinserção; identificação e utilização de instrumentos de avaliação à pessoa com limitação funcional; realização de programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações funcionais e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; envolvimento da pessoa com limitação funcional e sua família na comunidade onde se encontram inseridos através de atividades promotoras da reintegração comunitária; elaboração de plano de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa com limitação funcional e família; prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com limitação funcional e família, em colaboração com a EER; envolver a família/cuidador nos cuidados prestados; refletir acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e aperfeiçoamento contínuo.

*Atividades para objetivo 5* - possuir conhecimentos sobre tipo de limitações funcionais, patologias incapacitantes, noções de anatomia e fisiologia, prognósticos; observar tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação funcional; desenvolver conhecimento sobre AT (classificação ISO, domínio do banco de dados, conhecimentos básicos sobre AT, elementos da legislação sobre limitação funcional e AT, domínio dos equipamentos disponíveis); promover e ensinar sobre a utilização de AT adaptados às limitações e necessidades da pessoa, bem como às condições habitacionais e contextos da vida social e profissional; incentivar à utilização das AT para promoção da autonomia; realizar ensino à família / cuidador e próprio doente como usar a AT.

*Atividades para objetivo 6* - identificação do tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação funcional; promoção sobre a utilização de AT adaptadas às limitações e necessidades da pessoa, bem como às condições habitacionais e contextos da vida social e profissional; incentivo à utilização das AT para promoção da autonomia; pesquisa bibliográfica sobre informação já disponível.

Serviço de Pneumologia (ver apêndice III – planeamento atividades do serviço de Pneumologia)

*Objetivos específicos* (1) integrar de forma progressiva e gradual a equipa multiprofissional, compreendendo a sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades; (2) Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação em contexto de internamento na vertente de enfermagem de reabilitação respiratória.

*Atividades para objetivo 1* - Realizar momentos de entrevistas informais com EER e Enf.º chefe, bem como com restante equipa multiprofissional; observar estrutura funcional do serviço de pneumologia; consultar protocolos, manuais, documentos do serviço, bem como de instrumentos de registo; integrar equipa multiprofissional; identificar práticas, procedimentos e estratégias de intervenção a pessoas com necessidade de reabilitação respiratória.

*Atividades para objetivo 2* - realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática; esclarecer dúvidas; organizar recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades; procurar estar motivada para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal; demonstrar capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas com necessidade de reabilitação respiratória; avaliação da situação da pessoa com necessidade de reabilitação respiratória e família identificando as

necessidades de apoio; identificação e utilização de instrumentos de avaliação à pessoa com necessidade de reabilitação respiratória; realização de programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; elaboração de plano de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa e família; prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com padrão respiratório alterado e família, em colaboração com a EER; envolver a família/cuidador nos cuidados prestados; refletir acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e aperfeiçoamento contínuo; possuir conhecimentos sobre tipo de limitações respiratórias, patologias incapacitantes, noções de anatomia e fisiologia, prognósticos; observar tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação respiratória; desenvolver conhecimento sobre AT (classificação ISO, domínio do banco de dados, conhecimentos básicos sobre AT, elementos da legislação sobre limitação funcional e AT, domínio dos equipamentos disponíveis); promover e ensinar sobre a utilização de AT adaptados às limitações e necessidades da pessoa, bem como aos contextos da vida social e profissional; incentivar à utilização das AT para promoção da autonomia; realizar ensino à família / cuidador e próprio doente como usar as AT.

### **1.7 – Registo dos meios e recursos existentes.**

Para o registo dos meios e recursos existentes foram realizadas entrevistas (à enf.<sup>a</sup> chefe bem como à enf.<sup>a</sup> orientadora) e guiões de observação em ambos os locais de estágio (ACES de Oeiras Ocidental e Hospital Santa Marta) (ver apêndice IV – Guiões do Hospital de Santa Marta). Estes permitiram além de conhecer a dinâmica dos serviços e enf.<sup>o</sup> orientadores, chegar à problemática para este projeto. Contudo não foi possível realizar a entrevista e guião de observação no ACES de Oeiras Ocidental, por este ainda não ter em sua posse os documentos da escola sobre os dias de estágio e impossibilidade da enf.<sup>a</sup> orientadora.

Desta forma segue-se o guião de entrevista bem como o de observação que irão ser completos com o decorrer do estágio em setembro.

## **GUIÃO DE ENTREVISTA – ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

### **1. Identificação do enfermeiro entrevistado**

Nome, idade, anos de profissão, anos a exercer funções de enfermeiro especialista (EE).

### **2. Gestão de cuidados especializados em reabilitação**

A quantos utentes presta cuidados diariamente? Quais os critérios de seleção dos utentes que são alvo dos seus cuidados? Como são referenciados? Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação aos diferentes utentes? Que vertentes engloba na sua intervenção como enfermeiro especialista? (mais motora, mais respiratória... ambas...)? Que escalas ou instrumentos utiliza frequentemente na sua prática? Possui dispositivos que auxiliem e complementem os cuidados de reabilitação? Quanto tempo é atribuído efetivamente à prestação de cuidados na área da reabilitação? Quais as maiores necessidades (ou tipo de necessidades) que consegue identificar na maioria dos seus utentes/família/cuidadores? Que tipo de conhecimentos possui sobre AT? Está familiarizada com o tema?

### **3. Articulação dos cuidados de enfermagem**

Quais os períodos do dia em que presta cuidados? Quais as competências do enfermeiro especialista de reabilitação mais valorizadas no contexto em que se insere? Em que áreas deve e pode o enfermeiro especialista intervir, na sua perspetiva? Existem condições para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? Para si são as adequadas? O que mudaria? Qual o tipo de dificuldades sentidas por si, no seu dia-a-dia, durante a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação? Como lida com essas dificuldades? Que tipo de estratégias? Coordena os cuidados de enfermagem com os outros enfermeiros especialistas? Existem reuniões de equipa? Como se relacionam os enfermeiros especialistas com os outros profissionais (fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais...)? Qual a sua opinião sobre a importância desta articulação?

### **4. Articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação com o utente, a família/cuidador, a restante equipa multidisciplinar e a comunidade**

Que tipo de necessidades consegue identificar nos seus doentes? Que tipo de apoio existe na comunidade para as pessoas com limitações funcionais? Que tipo de redes de apoio existe na comunidade? Como dá visão a essas mesmas redes de apoio? Qual a receptividade do utente e família aos cuidados de enfermagem de reabilitação? A família é incluída nos cuidados planeados? Como vê esta colaboração? Considera que a envolvência da pessoa/família é importante para a melhoria dos cuidados de enfermagem? Vê diferenças nos cuidados em função da adesão aos mesmos? Na sua opinião o que falta e o que considera fundamental para a articulação entre hospital e comunidade seja mais eficiente? (telefonemas, fax, mails...)

### **5. Projetos de melhoria contínua na qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação**

O que considera importante aperfeiçoar para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? O que gostaria de ver implementado? Tem projetos de formação implementados? Que áreas procura colmatar? O que conseguiu implementar até hoje e o que espera conseguir implementar?

## **6. Registos**

Registos em formato papel ou já informatizados? Se informatizados que tipo de programa utilizam e quais as suas vantagens? A que aspetos dá maior relevância?

## **7. Ensinos**

Que tipo de ensinos realiza na sua prática clínica? (aplicação das técnicas de reabilitação motora; adesão terapêutica, hábitos de vida saudáveis, aplicação de ajudas técnicas).

# **GUIÃO DE ENTREVISTA – ENFERMEIRO CHEFE**

## **1. Identificação do enfermeiro**

Nome, idade, anos de profissão, anos a exercer funções de enfermeiro chefe.

## **2. Caracterização do serviço**

Como é constituída a equipa multidisciplinar? Caracterize a população alvo de cuidados (área, faixa etária, patologias)? Necessidades específicas da população alvo de cuidados? Como são referenciados os utentes (referenciados pela rede, das próprias consultas do c.saúde)? O serviço possui apoio de outras estruturas da comunidade? Com quais interage mais? Quais os protocolos existentes?

## **3. Gestão dos recursos humanos**

Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Quantos desses enfermeiros são especialistas? Quantos EER possui a sua equipa? Há coincidência física e temporal dos EE com outros profissionais em casa dos utentes? Se sim, como se articulam e relacionam? Quais as maiores dificuldades que sente como Chefe tendo em conta o estado atual do país? Que estratégias usa para lidar com essas dificuldades?

## **4. Gestão dos recursos materiais**

Que tipo de material o C.Saúde disponibiliza para a prática de cuidados especializados em reabilitação? Quais as maiores dificuldades que sente como Chefe tendo em conta o estado atual do país? Que estratégias usa para lidar com essas dificuldades?

## **5. Gestão dos cuidados de enfermagem**

Qual o método de trabalho da equipa? Os cuidados são planeados com base em algum modelo? São utilizados planos de cuidados? Quem participa na sua elaboração? Tem projetos de formação implementados? Que áreas procura colmatar?

### **GUIÃO DE OBSERVAÇÃO – C.Saúde**

#### Observação em relação ao Serviço

Caracterização do espaço físico. Observação da organização do serviço. Observação da constituição da equipa multidisciplinar e como todos os seus elementos se articulam entre si. Observação da equipa de enfermagem (quantos enf.ºs, quantos EE e em que áreas, tipo de funções e intervenções). Observação da metodologia de trabalho. Caracterização da população alvo de cuidados. Análise do grau de dependência dos utentes. Articulação com redes de apoio. Recursos na comunidade.

#### Observação em relação ao enfermeiro especialista e à prestação de cuidados

Observação de quais as necessidades mais evidentes daquela população alvo (maior evidência em doentes com limitação funcional). Observação do rácio relativo ao EE/número de doentes a seu cargo. Identificação de escalas/equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Identificação dos registos. Que metodologia, utilizam para assegurar a continuidade de cuidados. Identificação de dispositivos utilizados (AT). Análise das competências de EER mais mobilizadas. Análise da recetividade/adesão dos utentes aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (como vivenciam a presença de enfermeiros no seu domicílio). Análise da inclusão de outros elementos na prestação de cuidados. Observação do planeamento de cuidados pelo EER ao longo do turno (preparação do ambiente, preparação do utente/família/cuidador, acompanhamento do utente/família durante a prestação dos cuidados, tomada de decisão, ensinamentos efetuados). Observação do planeamento de cuidados pelo EER para os períodos em que não existe contacto direto entre EE e o utente.

## 2. CONCLUSÃO

A realização deste projeto permitiu abordar um tema ainda pouco valorizado pelos enfermeiros em contexto hospitalar, e que sinto como lacuna na prestação diária de cuidados a pessoas com limitações funcionais. Em contexto hospitalar o enfermeiro acaba por não possuir competências, nem conhecimentos nesta área das ajudas técnicas que possibilitem uma prestação de cuidados de qualidade baseada na evidência e não apenas naquilo que “*ouvi dizer*”.

O tema das ajudas técnicas é um mundo e a informação encontra-se espalhada por diversas fontes. O que torna não só difícil o acesso por parte dos profissionais de saúde mas também por parte do indivíduo/família futuros utilizadores.

Um maior conhecimento das ajudas técnicas existentes, por parte dos enfermeiros, permite uma adequação dos cuidados bem como uma melhoria da qualidade de vida e autonomia da pessoa que cuidam.

Como dificuldade na elaboração deste projeto posso referir (1) a impossibilidade para a realização da entrevista e guião de observação no ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras. O que veio dificultar a centralização da temática numa população-alvo; (2) a existência de muita informação espalhada por várias fontes e a (3) pouca existência de trabalhos/artigos relacionados com a enfermagem de reabilitação e as ajudas técnicas.

Para colmatar uma dessas dificuldades (a existência de muita informação espalhada por várias fontes) tenho como objetivo nº6, realizar um documento que permita sistematizar e compactar a informação sobre ajudas técnicas. Assim ao construir este documento procuro aproveitar a informação das várias entidades e experiência das mesmas, reaproveitando e compactando num único documento essas mesmas informações, para uso próprio e quem sabe para uso de profissionais de saúde e indivíduos/famílias futuros utilizadores de ajudas técnicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrich R. (1999) *Aconselhamento de ajudas técnicas – organização e metodologia de trabalho dos centros de informação sobre ajudas técnicas*. Cadernos SNR nº10. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência (SNRIPD).
- Cardoso, J. (2004) Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 20, 385-94. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=6891> Acedido em 2 Junho 2013.
- Castro, L., Ricardo, M. (2002) *Gerir o trabalho de projeto – guia para a flexibilização e revisão curriculares*. Lisboa: Texto Editores – Educação Hoje.
- Christiansen C., Schwartz R., Barnes K. (1992) Cuidados pessoais: avaliação e controle. In DeLisa (1992) *Medicina de Reabilitação – Princípios e práticas*. São Paulo: Editora Manole. 109-131.
- Conto F., Ramos G. & Lessmann J. (2006) *O cuidado de enfermagem e o processo de reabilitação ao individuo com acidente vascular cerebral sob a ótica da teoria de Orem*. Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.
- Cruz, A (2000) Ajudas técnicas. *Sinais Vitais*. 31. Julho 2000. 23-24.
- Cruz, A (2000) Ajudas técnicas para a alimentação. *Sinais Vitais*. 33. Novembro 2000. 19-20.
- Cruz, A. (2001) Vestuário – Adaptações e ajudas técnicas. *Sinais Vitais*. 34. Janeiro 2001. 19-20.
- Diário da República (2004) - Regulamento nº 38/2004 de 18 de Agosto. Bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência. Diário da República I Série nº 194 – 18 de Agosto de 2004.
- Diário da República (2009) – Decreto de lei nº 93/2009 de 16 de Abril. Sistemas de atribuição de produtos de apoio. Diário da República 1ª série nº 74 – 16 de abril de 2009



Diário da República (2012) – Despacho nº 16313/2012 de 21 de dezembro. ISO 9999:2007 – Lista homologada de ajudas técnicas. Disponível em <http://www.inr.pt> Acedido em 20 Junho 2013

Diário da República (2012) – Despacho nº 6133/2012. Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. – Produtos de apoio para pessoas com deficiência (ajudas técnicas). Diário da República 2ª Série nº 91 – 10 maio de 2012. Disponível em <http://www.dre.pt> Acedido em 20 junho 2012

Galvão Filho, T. (2009). “A tecnologia assistiva: de que se trata?” In Machado, G., Sobral, M. *Conexões: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade*. 1ed. Porto Alegre. 207-235.

Gemito, M. (2003). O Enfermeiro e a pessoa com deficiência...na comunidade. *Servir*. 51 (6). Nov./Dez.2003. 264-268

George, J. et al (2000). *Teorias de enfermagem – os fundamentos à prática profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

INE (2004). Projeções de População Residente Portugal e NUTS II, 2000-2050. Lisboa: INE. Disponível em <http://www.ine.pt> . Acedido em 14 Janeiro 2013

ISO 9999:2002 Disponível em <http://www.dre.pt> Acedido em 20 junho 2013

ISO 9999:2007 – Lista homologada de ajudas técnicas. Disponível em <http://www.inr.pt> Acedido em 20 Junho 2013.

Küppers, HJ (1999). “A History of AT - Critical Remarks for the Future”. In *Assistive Technology on the Threshold of New Millenium*. Editado por C.Bühler e H. Knops, IOS Press. 3-7. Disponível em <http://books.google.pt> Acedido em 1 Julho 2013.

Lobo A., Pereira A. (2007) Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*. II (4). 61-68

Mateus, M. (2011) Metodologia de trabalho de projeto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: revista de educação*. 3 (2), 3-16. Disponível em

<https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/viewFile/76/50>. Acedido em 2 Julho 2013

Moraes E., Marino M., Santos R. (s.d) Principais síndromes geriátricas. *Revista Medicina Minas Gerais*. 20 (1). 54-66

Nogueira, J., Henriques, I., Gomes, A., Leitão, A. (2007). Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Acedido em 14 de Janeiro de 2013.

Oliveira C., Candeias M. (2000). A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam. *Investigação em Enfermagem*. 2. Agosto, 11-21.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt> Acedido em 20 Junho 2013.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt> Acedido em 20 Junho 2013.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ª edição. Saint Louis: Mosby

Pereira, H. (2011) *Subitamente cuidadores informais, a experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Dissertação de doutoramento em enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.

Preto, L. (2008) *Adaptações físicas de compensação para utentes com AVC*. Congresso de saúde do Nordeste: AVC, preparados?. Instituto politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt> Acedido em 20 junho 2013.

Queirós A. (2001). *Sistema de informação e aconselhamento de ajudas técnicas*. Dissertação de mestrado em gestão da informação. Universidade de Aveiro, Aveiro.

Rangel, M., Gonçalves, C. (2010) A metodologia de trabalho de projeto na nossa prática pedagógica. *Da investigação às práticas*. I (3), 21-43. Disponível em

[http://www.eselx.ipl.pt/cied/publicacoes/inv/2011\\_vol1\\_n3/21\\_43.pdf](http://www.eselx.ipl.pt/cied/publicacoes/inv/2011_vol1_n3/21_43.pdf). Acedido em 2 Julho 2013

Relatório Mundial sobre a deficiência (2011). Organização Mundial de Saúde (2011). Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.01\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf) Acedido em 20 junho 2013.

SNRIPD (2004) – Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência. “Ajudas técnicas – benefícios para as pessoas com deficiência”. Folheto SNR nº49. Lisboa. Disponível em <http://www.inr.pt> Acedido em 20 Junho de 2013.

Tate, R.T. (2010). *A compendium of tests, scales, and questionnaires – The practitioner's guide to measuring outcomes after acquires brain impairment*. Psychology Press, New York

## BIBLIOGRAFIA

- Agência Nacional para a qualificação, I.P (2009) Guia metodológico para o acesso das pessoas com deficiências e incapacidades ao processo de reconhecimento, validação, certificação de competências – Nível básico. Disponível em <http://www.avaliadores.anq.gov.pt> Acedido em 21 Maio 2013.
- Barbosa M. (2012) *Custos e efectividade da reabilitação após acidente vascular cerebral – uma revisão sistemática*. Dissertação de mestrado em gestão e economia da saúde. Faculdade de economia da universidade de Coimbra. Coimbra.
- Barreto H. (2008) *Readaptação do domicílio face à pessoa com limitação funcional*. Projeto de autoformação do 2º curso de póslicenciatura de especialização em enfermagem de reabilitação. Escola Superior de Enfermagem S.José de Cluny. Funchal.
- Boylan L.; Buchanan L. (2011) Reabilitação de base comunitária. In Hoeman S. (2011) *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta. 187-200.
- Branco P. e colaboradores (2008). Temas de reabilitação – ortóteses e outras ajudas técnicas. Servier: Medesign. Porto. Disponível em [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/767/1/Temas%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o\\_Ortose%20e%20AjudasT%C3%A9cnicas.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/767/1/Temas%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o_Ortose%20e%20AjudasT%C3%A9cnicas.pdf) Acedido em 20 junho 2013
- Britell C., McFarland S. (1992) Sistemas e dispositivos adaptativos para os deficientes. In DeLisa (1992) *Medicina de Reabilitação – Princípios e práticas*. São Paulo: Editora Manole. 431-449.
- Davies, P (1997) *Recomeçando outra vez – reabilitação precoce após lesão cerebral traumática ou outra lesão cerebral severa*. 1ª edição Brasileira. São Paulo: Editora Manole.
- Diário da República (2006). Decreto de lei nº163/2006 de 8 Agosto de 2006. Promoção da acessibilidade. Diário da República 1ª Série – nº152 de 8 Agosto de 2006. Disponível em <http://www.dre.pt> Acedido em 20 março 2013

Direcção Geral da Saúde (2000). Autocuidados na saúde e na doença. Guias para as pessoas idosas – Viver após um acidente vascular cerebral. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt> Acedido em 20 março 2013

Direcção Geral da Saúde (2000). Autocuidados na saúde e na doença. Guias para as pessoas idosas – Viver com amputação dos membros inferiores. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt> Acedido em 20 março 2013

EUSTAT (1999). Go for it! A manual for users of assistive technology. Disponível em <http://www.siva.it> Acedido em 20 Junho 2013

EUSTAT (1999). Educação em tecnologias de apoio para utilizadores finais – linhas de orientação para formadores. Disponível em <http://www.siva.it> Acedido em 20 Junho 2013

Hoeman S., Liszner K., Alverzo J. (2011). Mobilidade funcional nas atividades de vida diárias. In Hoeman S. (2011) *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusodidacta 209-270.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (s.d). Manual de procedimentos – atribuição de produtos de apoio (ajudas técnicas) a pessoas com deficiências e incapacidades. Disponível em <http://www.iefp.pt> Acedido em 20 Junho 2013.

Kottke F., Lehmann J. (1994) *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. 4ª edição. São Paulo: Editora Manole (vol. 1-2)

Lessman J., Conto F., Ramos G., Borenstein M, Meirelles B. (2010) Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64 (1). 198-202. Disponível em <http://www.scielo.org> Acedido em 20 março 2013

Marques D. (2011) *Design de ajudas técnicas: módulo de cozinha adaptado*. Dissertação de mestrado em design de produto. Faculdade de Arquitetura da universidade técnica de lisboa. Lisboa.

Mussolini C. (2007) *Envelhecimento e autoeficácia: dispositivos assistivos desenvolvidos e adaptados pelos idosos*. Trabalho apresentado para obtenção do título de mestre em Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo.

Organização Mundial de Saúde (2008). Guia global: cidade amiga do idoso. Disponível em <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf> Acedido em 21 Maio 2013.

SNRIPD (2006) – Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência. “1º Plano de acção para a integração das pessoas com deficiências e incapacidades”. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/26/paipdi> Acedido em 20 Junho de 2013.

Zastocki D. (1998) Cuidados de enfermagem no domicílio. In Bolander. Sorensen and Luckmann (1998) *Enfermagem fundamental – Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta 493-515

**ANEXOS**

**Anexo I – Diário da República 2012 –  
Documentos e lista homologada**



aluno de acordo com a legislação em vigor, no valor de 0,39 Euros por aluno, num universo previsto de 2105 alunos abrangidos.»

14 de Janeiro de 2010. — Pela Direção Regional de Educação do Centro, a Diretora Regional, *Helena Maria de Oliveira Dias Libório*. — Pelo Município de Viseu, o Presidente, *Fernando de Carvalho Ruas*. 205592251

## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA E MUNICÍPIO DE VOUZELA

Contrato n.º 32/2012

**Adenda ao contrato-programa relativo ao financiamento do Programa de Generalização do Fornecimento de Refeições Escolares aos Alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico**  
Entre:

Primeiro outorgante: Direção Regional de Educação do Centro, com o número de identificação de pessoa coletiva n.º 600026248, representado por Helena Maria de Oliveira Dias Libório, Diretora Regional de Educação, adiante designada como primeiro outorgante; e

Segundo outorgante: Município de Vouzela com o número de pessoa coletiva n.º 506 770 664, representado por Armando Têmo Antunes Ferreira, adiante designado como segundo outorgante,

é celebrada a presente adenda ao contrato-programa assinado em 23 de Março de 2006, que se rege pelo disposto no Regulamento de acesso ao financiamento do Programa de Generalização de Refeições Escolares aos Alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico, aprovado pelo Despacho n.º 18 987/2009 publicado na 2.ª série do *Diário da República* n.º 158, de 17 de Agosto:

Cláusula única

A Cláusula 3.ª do contrato-programa, no contexto do ano lectivo 2009/2010, passa a ter a seguinte redacção:

### «Complicação financeira

1 — O primeiro outorgante compromete-se a prestar apoio financeiro ao segundo outorgante através dum comparticipação correspondente a 50 % do valor da refeição abastido do preço a pagar pelo aluno de acordo com a legislação em vigor, no valor de 0,23 Euros por aluno, num universo previsto de 418 alunos abrangidos.»

14 de Janeiro de 2010. — Pela Direção Regional de Educação do Centro, a Diretora Regional, *Helena Maria de Oliveira Dias Libório*. — Pelo Município de Vouzela, o Presidente, *Armando Têmo Antunes Ferreira*. 205592049

## MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL

Secretaria-Geral

Aviso n.º 999/2012

Por meu despacho de 09-01-2012, torna-se público que, nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 12.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, aplicável por remissão do n.º 2 do artigo 73.º da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, a assistente técnica Sofia Carla Gouveia Bento, concluiu com sucesso o período experimental, com a avaliação de 15 valores, na sequência da celebração do contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, com esta Secretaria-Geral do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

12 de janeiro de 2012. — A Secretária-Geral, *Maria João Paula Lourenço*. 205601144

Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P.

Despacho n.º 894/2012

**Produtos de apoio para pessoas com deficiência (ajudas técnicas)**

O Despacho Conjunto n.º 17059/2011, dos Secretários de Estado do Emprego, Adjunto do Ministro da Saúde, e da Solidariedade e da Se-

gurança Social, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 243, de 21, de dezembro de 2011, determina que compete ao Diretor do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (INR, I. P.), aprovar e publicar as normas reguladoras da execução do referido Despacho, nomeadamente a definição de procedimentos das entidades prescritoras e financiadoras de produtos de apoio (Ajudas Técnicas), após audição prévia, da Direção-Geral da Saúde (DGS), do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e do Instituto do Emprego e da Formação Profissional, I. P. (IEFP, I. P.), conforme artigo 14.º-A, n.º 2, aditado, pelo Decreto-Lei n.º 42/2011, de 23 de março, ao Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril.

Para a prossecução desse objetivo, considera-se necessário definir os conceitos e o universo dos Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) para 2011, que será abrangido pelo montante global disponibilizado de (euro) 12.154.091,00, e repartido pelo Ministério da Economia e do Emprego (euro) 3.454.091,00, pelo Ministério da Saúde (euro) 6.000.000,00, e pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (euro) 3.700.000,00.

Assim, determina-se:

1 — Nos termos do artigo 2.º da Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

2 — Os Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) abrangidos pelo financiamento aprovado pelo Despacho n.º 17059/2011, de 21 de dezembro, dos Secretários de Estado do Emprego, Adjunto do Ministro da Saúde, e da Solidariedade e da Segurança Social, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 243, de 21 de dezembro de 2011, são prescritos, em consulta externa, para serem utilizados fora do internamento hospitalar e devem constar da lista homologada pelo Despacho n.º 28936/2007, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 245, de 20 de dezembro de 2007 (anexo V) do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P.

3 — Os Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) cuja colocação no doente obrigue a intervenção cirúrgica, não são abrangidos pelo financiamento referido no número anterior.

4 — As pilhas e baterias necessárias ao funcionamento dos Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) com o código 22 06 27 da classificação ISO 9999-2007, são abrangidas pelo financiamento previsto no n.º 2.

5 — O financiamento é de 100 %, quando a ajuda técnica/produto de apoio não consta nas tabelas de reembolsos do Serviço Nacional de Saúde, do subsistema de saúde de que o cidadão beneficiário, ou quando não é comparticipado por companhia seguradora. Quando a ajuda técnica/produto de apoio consta das tabelas de reembolsos do Serviço Nacional de Saúde, de subsistema de saúde, ou ainda, quando é coberta por companhia seguradora, o financiamento é do montante correspondente à diferença entre o custo da ajuda técnica/produto de apoio e o valor da respetiva comparticipação.

6 — Para efeitos de aplicação deste despacho as ajudas técnicas/produtos de apoio (AT/PA) e respetivas entidades prescritoras encontram-se hierarquizadas por níveis, do seguinte modo:

AT/PA de Nível 1 — Centros de Saúde e Hospitais de Nível 1;

AT/PA de Nível 2 — Hospitais de Nível 1 plataforma B e Hospitais Distritais;

AT/PA de Nível 3 — Hospitais Distritais plataforma A, Hospitais Centrais, Centros Especializados com equipas de reabilitação constituída por médico e pessoal técnico especializado de acordo com a tipologia da deficiência e Centros de Emprego do IEFP, I. P., com serviços de medicina do trabalho.

7 — Para a identificação da hierarquia dos níveis de prescrição das instituições hospitalares, deve-se ter em conta o previsto na Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação.

8 — Em qualquer dos níveis, o médico que efetuar a prescrição, poderá solicitar parecer técnico a centro de recurso especializado, centro ou instituição de reabilitação, ou outro, que identifique a ajuda técnica/produto de apoio mais adequado.

9 — Cabe a cada uma das entidades financiadoras a indicação dos centros especializados prescritores de produtos de apoio (Ajudas Técnicas).

10 — Os custos com a adaptação e reparação dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), prescritos por ato médico, são financiados reportando-se aos respetivos códigos ISO da lista homologada dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), referida no n.º 2.

11 — As verbas destinadas ao financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas) abrangidas pelo presente despacho são atribuídas às entidades hospitalares através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., aos Centros Distritais de Segurança Social através do ISS, I. P., e aos serviços financeiros de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) para a formação profissional e o emprego através do IEFP, I. P.

12 — O financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas) prescritos pelos Centros de Saúde e pelos Centros Especializados efetua-se pelos Centros Distritais do ISS, I. P., da área de residência das pessoas a quem se destinam.

13 — A orientação definida no n.º 12 não se aplica aos beneficiários cuja área de residência é o concelho de Lisboa, pois a instrução dos processos individuais, para o financiamento de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) é efetuado através da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, no âmbito do protocolo celebrado para a área dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas) com o ISS, I. P.

14 — As instituições hospitalares, indicadas pelas ARS, financiam os produtos de apoio (Ajudas Técnicas) que prescrevem, após avaliação médica funcional e sócio familiar.

15 — Para financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), no âmbito da competência do ISS, I. P., os Centros Distritais devem no processo de instrução de candidatura, obedecer às seguintes condições:

a) Preenchimento correto da ficha de prescrição obrigatoriamente incluindo: fotocópia legível do bilhete de identidade ou cartão do cidadão e três (3) orçamentos distintos para aquisição do Produto de Apoio (Ajuda Técnica), atualizados e datados referentes ao ano do pedido;

b) A análise do processo será sujeita à verificação da necessidade e ao impacto que o produto de apoio terá para o requerente/candidato, no contexto da sua vida quotidiana.

16 — O financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), que não constituam responsabilidade dos empregadores e que sejam indispensáveis para o efetivo acesso e frequência da formação profissional e ou para o efetivo acesso, manutenção ou progresso no emprego, incluindo os trabalhadores por conta própria, efetua-se através dos centros de emprego do IEFP, I. P., do Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão e de um conjunto de entidades privadas através dos seus centros de reabilitação profissional credenciados para o efeito pelo IEFP, I. P.

17 — O financiamento dos produtos de apoio (Ajudas Técnicas), previstos no número anterior, através dos centros de reabilitação profissional de entidades privadas credenciadas para o efeito pelo IEFP, I. P., constará de deliberação do Conselho Diretivo do IEFP, I. P.

18 — A definição das condições de financiamento de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) do âmbito da reabilitação profissional é efetuada pelo IEFP, I. P.

19 — As fichas de prescrição de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) (anexo I, II) são de caráter obrigatório e serão distribuídas às entidades intervenientes no sistema, após prévia solicitação, sendo a ficha do anexo III disponibilizada pelo IEFP, I. P.

20 — Os produtos de apoio (Ajudas Técnicas) que sejam objeto de financiamento por parte do IEFP, I. P., poderão ser objeto de apreciação de uma comissão de análise constituída para esse efeito por aquela entidade.

21 — Com o objetivo fundamental de partilha de informação e adequação estudo estatístico resultante deste financiamento, as instituições hospitalares enviarão à DGS os mapas síntese dos Produtos de Apoio (Ajudas Técnicas) financiadas (anexo IV), corretamente preenchidos e tratados em suporte informático. As fichas de prescrição deverão ser arquivadas nas respetivas instituições hospitalares. Os mapas síntese serão remetidos pela DGS ao INR, I. P., dentro dos prazos estipulados, bem como os resultados da análise estatística efetuada.

22 — Os Centros Distritais, do ISS, I. P., como entidades financiadoras de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) no âmbito deste sistema, procederão ao preenchimento dos mapas sínteses das ajudas técnicas financiadas (anexo IV) e ao seu envio ao Departamento de Desenvolvimento Social, do ISS, I. P., que o enviará ao INR, I. P., dentro dos prazos estipulados. As fichas de prescrição deverão ser arquivadas nos respetivos Centros Distritais.

23 — As entidades financiadoras de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) para a formação profissional e o emprego, que integram a rede do IEFP, I. P., deverão proceder de acordo com o modelo de recolha e sistematização de informação definido por esse mesmo Instituto que enviará ao INR, I. P., dentro dos prazos estipulados, os mapas de síntese (anexo IV) em suporte informático, bem como os resultados da análise estatística efetuada a partir das fichas de prescrição de produtos de apoio (Ajudas Técnicas) financiadas, de forma a permitir o estudo estatístico global de acordo com os indicadores definidos para as outras entidades.

24 — O prazo limite para o envio ao INR, I. P., da informação referida nos n.ºs 21, 22 e 23 é de 30 de março de 2012.

25 — O eficaz acompanhamento e a avaliação de execução deste despacho serão realizados por um grupo de trabalho constituído por um representante da DGS, do ISS, I. P., do IEFP, I. P., e do INR, I. P., que coordena e a qual competem as seguintes funções:

a) Assegurar o cumprimento das normas estabelecidas neste despacho.

b) Elaborar um relatório final de diagnóstico e avaliação física e financeira da execução deste despacho, a partir dos elementos fornecidos pelas entidades financiadoras.

26 — O presente despacho refere-se ao ano económico de 2011.

4 de janeiro de 2012. — O Diretor, *José Madeira Seródio*.

### ANEXO I

ATRIBUIÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS ANO _____ INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	
CH: _____	HOSPITAL: _____
1. NOME: _____	
2. RESIDÊNCIA (Concelho): _____	
3. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ BI: _____	
4. SNS (I); SUBSISTEMA DE SAÚDE (I): _____ N.º do CARTÃO: _____	
5. DEFICIÊNCIA: _____	
MOTORA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> ORGÂNICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRA (II) <input type="checkbox"/>	
6. AJUDAS TÉCNICAS: DESIGNAÇÃO DA AJUDA (II) TÉCNICA (II): _____	
B: _____	
CLASSIFICAÇÃO ISO (II): _____ (II dígitos) B: _____ (II dígitos)	
REPARAÇÃO <input type="checkbox"/> AQUISIÇÃO <input type="checkbox"/>	
CONSUMO <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	
DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____	

### A PREENCHER PELO SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO FINANCIAMENTO

1. CUSTO DE CADA AJUDA TÉCNICA:	A: _____	B: _____
2. CUSTO TOTAL DAS AJUDAS TÉCNICAS	_____	
3. MONTANTE CONCEDIDO PELO CH/NO SPITAL: _____		
DATA: ____/____/____	ASSINATURA: _____	
a) Neste caso, especifique b) Utilizar a classificação ISO (II dígitos) NOTA — No caso de serem prescritas mais de duas ajudas técnicas, deverão ser preenchidas outras fichas de prescrição		

### ANEXO II

ATRIBUIÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS ANO _____ CENTROS DE SAÚDE CENTROS ESPECIALIZADOS	
I. CENTRO DE SAÚDE/CENTRO ESPECIALIZADO: _____	
1. NOME: _____	
2. RESIDÊNCIA (Concelho): _____	
3. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ BI: _____	
4. SISTEMA DE SAÚDE: _____ N.º do CARTÃO BENEFICIÁRIO: _____	
5. DEFICIÊNCIA: _____	
MOTORA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> ORGÂNICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRA (II) <input type="checkbox"/>	
6. AJUDAS TÉCNICAS: DESIGNAÇÃO DA AJUDA (II) TÉCNICA (II): _____	
A: _____	
CLASSIFICAÇÃO ISO (II): _____ (II dígitos) B: _____ (II dígitos)	
REPARAÇÃO <input type="checkbox"/> AQUISIÇÃO <input type="checkbox"/>	
CONSUMO <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	
DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____	



Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
06 06 21	Ortóteses para o ombro .....	2-3
06 06 24	Ortóteses para o ombro e cotovelo .....	2-3
06 06 27	Ortóteses para o ombro, cotovelo e punho .....	2-3
06 06 30	Ortóteses para o ombro, cotovelo, punho e mão .....	2-3
06 06 33	Articulações do punho .....	2-3
06 06 36	Articulações do cotovelo .....	2-3
06 06 39	Articulações do ombro .....	2-3
06 12	Conjuntos de ortóteses dos membros inferiores .....	2-3
06 12 03	Ortóteses do pé incluindo palmilhas e correções nos sapatos .....	2-3
06 12 06	Ortóteses do pé e tornozelo .....	2-3
06 12 09	Ortóteses do joelho .....	2-3
06 12 12	Ortóteses do joelho, tornozelo e pé .....	2-3
06 12 18	Ortóteses da anca, joelho, tornozelo e pé .....	2-3
06 12 21	Articulações do tornozelo .....	2-3
06 12 24	Articulações do joelho .....	2-3
06 12 27	Articulação da anca .....	2-3
06 18	Conjuntos de próteses para o membro superior .....	2-3
06 18 03	Próteses parciais da mão, incluindo próteses dos dedos .....	2-3
06 18 06	Próteses de desarticulação do punho .....	2-3
06 18 09	Próteses transradiais (abaixo do cotovelo) .....	2-3
06 18 12	Próteses de desarticulação do cotovelo .....	2-3
06 18 15	Próteses transumerais (acima do cotovelo) .....	2-3
06 18 18	Próteses de desarticulação do ombro .....	2-3
06 18 21	Próteses para amputação da cintura escapular .....	2-3
06 18 24	Mãos artificiais .....	2-3
06 18 27	Ganchos e ferramentas funcionais .....	2-3
06 18 30	Unidades de punho .....	2-3
06 18 33	Articulações do cotovelo .....	2-3
06 18 36	Articulações do ombro .....	2-3
06 18 39	Articulações externas para conjuntos de próteses do membro superior .....	2-3
06 18 42	Unidades de alinhamento para conjuntos de próteses do membro superior .....	2-3
06 21	Próteses cosméticas e não funcionais do membro superior .....	2-3
06 24	Conjuntos de próteses para o membro inferior .....	2-3
06 24 03	Próteses parciais do pé .....	2-3
06 24 06	Próteses de desarticulação do tornozelo .....	2-3
06 24 09	Próteses transibiais (abaixo do joelho) .....	2-3
06 24 12	Próteses de desarticulação do joelho .....	2-3
06 24 15	Próteses transfemorais (acima do joelho) .....	2-3
06 24 18	Próteses de desarticulação da anca .....	2-3
06 24 21	Próteses de hemipelvectomy .....	2-3
06 24 24	Próteses de hemiacroporectomia .....	2-3
06 24 27	Articulações do tornozelo e do pé .....	2-3
06 24 30	Rotadores .....	2-3
06 24 33	Articulação do tornozelo .....	2-3
06 24 36	Articulação da anca .....	2-3
06 24 39	Encaixes transibiais (pré-formados) .....	2-3
06 24 42	Encaixes transfemorais (pré-formados) .....	2-3
06 24 45	Unidades para alinhamento das próteses .....	2-3
06 24 48	Próteses temporárias para mobilidade precoce de amputados dos membros inferiores .....	2-3
06 27	Próteses cosméticas e não funcionais para o membro inferior .....	2-3
06 30	Outras próteses não dos membros .....	1-2-3
06 30 03	Cabeleiras .....	1-2-3
06 30 06	Capachinhos e postigos .....	1-2-3
06 30 09	Pestanas e sobrancelhas .....	1-2-3
06 30 12	Bigodes e barbas .....	1-2-3
06 30 15	Enchimentos cosméticos dorsais .....	1-2-3
06 30 18	Próteses mamárias .....	1-2-3
06 30 21	Próteses oculares .....	1-2-3
06 30 24	Próteses das orelhas .....	1-2-3
06 30 27	Próteses do nariz .....	1-2-3
06 30 30	Próteses completas da face .....	1-2-3
06 30 33	Próteses do véu do palato .....	1-2-3
06 30 36	Dentaduras .....	1-2-3
06 30 39	Material para cobertura da face (cosméticos) .....	1-2-3
06 30 89	Outras próteses cosméticas .....	2-3
06 33 06	Calçado fabricado por medida .....	2-3
06 33 09	Sapato estandardizado adaptado .....	2-3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
09 06	Ajudas protetoras usadas no corpo .....	2-3
09 06 03	Ajudas para proteção da cabeça .....	2-3
09 06 06	Ajudas para proteção da face e olhos .....	2-3
09 06 09	Ajudas para proteção do ouvido e da audição .....	2-3
09 06 12	Ajudas para proteção do braço e cotovelo .....	2-3
09 06 15	Ajudas para proteção da mão .....	2-3
09 06 18	Ajudas para proteção da perna e joelho .....	2-3
09 06 21	Ajudas para proteção do pé, calcanhar e dedos do pé .....	2-3
09 06 24	Ajudas para proteção de todo o corpo e tronco .....	2-3
09 06 27	Ajudas para proteção da respiração .....	2-3
09 09	Ajudas para vestir e despir .....	2-3
09 09 03	Dispositivos para calçar meias .....	2-3
09 09 06	Calçadeiras e dispositivos para calçar botas .....	2-3
09 09 09	Seguradores de roupa .....	2-3
09 09 12	Ganchos para vestir e despir .....	2-3
09 09 15	Puxadores de fechos éclair .....	2-3
09 09 18	Ganchos para abotoar .....	2-3
09 12	Ajudas para higiene pessoal .....	1-2-3
09 12 03	Cadeiras sanitárias (com ou sem rodas giratórias) .....	1-2-3
09 12 06	Sanita .....	1-2-3
09 12 09	Assentos para sanita .....	1-2-3
09 12 12	Assentos de sanita elevados (separado) .....	1-2-3
09 12 15	Assentos de sanita elevados (com fixação fácil) .....	1-2-3
09 12 18	Assentos elevados de sanita (fixos) .....	1-2-3
09 12 21	Assentos de sanita elevados pelo próprio .....	1-2-3
09 12 24	Sanitas com braços e ou sanitas com encosto montado na própria sanita .....	1-2-3
09 12 27	Panços para papel higiénico .....	1-2-3
09 12 30	Suportes de papel higiénico .....	1-2-3
09 12 33	Arrastadeiras .....	1-2-3
09 12 36	Chuveiros de água quente e ou secadores de ar quente (separados) .....	1-2-3
09 12 39	Urínóis montados na parede .....	1-2-3
09 12 42	Cabines sanitárias .....	1-2-3
09 15	Ajudas para traqueostomia .....	2-3
09 15 03	Cânulas .....	2-3
09 15 06	Protetores do estoma .....	2-3
09 18	Ajudas de ostomia .....	1-2-3
09 18 04	Sacos sem drenagem .....	1-2-3
09 18 05	Sacos fechados, com componentes .....	1-2-3
09 18 07	Sacos com abertura com válvula antirefluxo .....	1-2-3
09 18 08	Sacos com abertura com válvula antirefluxo, com componentes .....	1-2-3
09 18 09	Ligaduras de pressão .....	1-2-3
09 18 13	Cintos de fixação das ajudas de ostomia .....	1-2-3
09 18 14	Anéis de fixação e material adesivo .....	1-2-3
09 18 15	Fechos de sacos .....	1-2-3
09 18 18	Absorventes de cheiro e desodorizantes .....	1-2-3
09 18 21	Bolsas de apoio para os sacos de ostomia .....	1-2-3
09 18 24	Material de irrigação .....	1-2-3
09 18 30	Protetor de estoma .....	1-2-3
09 18 33	Cateteres de drenagem de estoma .....	1-2-3
09 18 36	Seringas de lavagem .....	1-2-3
09 18 39	Sacos com abertura, sem componentes .....	1-2-3
09 18 42	Sacos com cobertura, com vários componentes .....	1-2-3
09 24	Sistemas coletores de urina .....	1-2-3
09 24 03	Algalias com balão .....	1-2-3
09 24 06	Algalias de drenagem .....	1-2-3
09 24 07	Espelhos para irrigação e posicionamento da algália .....	1-2-3
09 24 09	Preservativos de urina e dispositivos com a mesma função .....	1-2-3
09 24 12	Calhas de escoamento de urina .....	1-2-3
09 24 15	Urínóis para mulheres .....	1-2-3
09 27	Coletores de urina .....	1-2-3
09 27 04	Sacos fechados coletores de urina para uso no corpo .....	1-2-3
09 27 05	Sacos com abertura coletores de urina para uso no corpo .....	1-2-3
09 27 07	Sacos coletores de urina, fechados, não usados no corpo .....	1-2-3



Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
09 27 08	Sacos coletores de urina, com abertura, não usados no corpo	1-2-3
09 27 09	Urinóis	1-2-3
09 27 13	Cintos para coletores de urina	1-2-3
09 27 18	Sistemas coletores de urina	1-2-3
09 30	Fraldas e pensos	1-2-3
09 30 04	Fraldas e pensos para serem usados no corpo	1-2-3
09 30 09	Meios de fixação das fraldas e pensos	1-2-3
09 33 03	Cadeiras de banho/chuveiro (com ou sem rodas), tábuas de banho, bancos, encostos e assentos	1-2-3
09 33 27	Ajudas para diminuir o comprimento e profundidade da banheira	1-2-3
09 33 36	Ajudas para secagem do próprio	1-2-3
09 36	Ajudas para manicura e pedicura	(*) 3
09 36 03	Escovas de unhas	(*) 3
09 36 06	Limas de unhas e tábuas de esmeril	(*) 3
09 36 09	Tesouras de unhas/corta-unhas	(*) 3
09 51	Relógios	3
09 51 03	Relógios de pulso	3
09 51 06	Relógios de bolso	3
09 51 09	Relógios de mês ou de parede	3
09 54	Ajudas para atividade sexual	3
09 54 03	Manequim de borracha	3
09 54 06	Ajudas para ereção	3
09 54 09	Vibradores e dispositivos de massagem	3
09 54 12	Ajudas para reabilitação sexual	3
12 03	Auxiliares de marcha manejados por um braço	1-2-3
12 03 03	Bengalas de marcha	1-2-3
12 03 06	Canadianas	1-2-3
12 03 09	Canadianas com apoio para o antebraço	1-2-3
12 03 12	Canadianas axilares	1-2-3
12 03 16	Auxiliares de marcha com três ou mais pés, apoio de antebraço	1-2-3
12 03 18	Auxiliares de marcha com assento	1-2-3
12 06	Auxiliares de marcha manejados pelos dois braços	1-2-3
12 06 03	Andarilhos sem rodas	1-2-3
12 06 06	Andarilhos com rodas	1-2-3
12 06 09	Andarilhos com assento	1-2-3
12 06 12	Andarilhos especiais	1-2-3
12 09	Carros especiais	(*) 3
12 09 03	Carros com pavimento de nível variável	(*) 3
12 09 06	Carros de baixa velocidade	(*) 3
12 12	Adaptações para carros	(*) 3
12 12 04	Adaptações para acionar o motor	(*) 3
12 12 05	Adaptações para acionar o travão de mão	(*) 3
12 12 07	Sistemas de condução	(*) 3
12 12 08	Adaptações para funções secundárias	(*) 3
12 12 09	Cintos de segurança e correias	(*) 3
12 12 12	Assentos de carros e almofadas com <i>design</i> especial	(*) 3
12 12 15	Auxiliares de elevação para colocar as pessoas com deficiência dentro do carro (excluindo cadeiras de rodas)	(*) 3
12 12 18	Auxiliares de elevação para colocar a pessoa sentada na sua cadeira de rodas para o interior do carro	(*) 3
12 12 21	Dispositivos para elevar e colocar a cadeira no tejadilho ou no interior do carro	(*) 3
12 12 24	Equipamentos para fixar a cadeira de rodas ao carro	(*) 3
12 12 27	Adaptações da carroçaria do carro incluindo elevação de tetos e alargamento das janelas	(*) 3
12 16 06	Ciclomotores e motocicletas de três rodas	(*) 3
12 18 06	Triciclos com pedais	(*) 3
12 18 09	Velocípedes com propulsão manual	(*) 3
12 21 03	Cadeiras de rodas de controlo manual	1-2-3
12 21 06	Cadeiras de rodas de controlo bimanual com rodas grandes atrás	1-2-3
12 21 09	Cadeiras de rodas de controlo bimanual com rodas grandes à frente	1-2-3
12 21 12	Cadeiras de rodas controladas por alavanca bimanual	1-2-3
12 21 15	Cadeiras de rodas com controlo unilateral	(*) 2-3
12 21 18	Cadeiras de rodas com propulsão pelos pés	1-2-3
12 21 21	Cadeiras de rodas motorizadas	1-2-3
12 21 24	Cadeiras de rodas elétricas com direção manual	1-2-3
12 21 27	Cadeiras de rodas elétricas com comando de direção assistida	1-2-3
12 21 33	Sistemas de cadeiras de rodas	(*) 2-3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
12 24	Acessórios para cadeiras de rodas	1-2-3
12 24 03	Sistemas de direção e controlo	1-2-3
12 24 09	Unidades de propulsão	1-2-3
12 24 12	Luzes	1-2-3
12 24 15	Tabuleiros	1-2-3
12 24 18	Travões	1-2-3
12 24 21	Rodas e pneus	1-2-3
12 24 24	Baterias e carregadores	1-2-3
12 24 27	Dispositivos para limpeza dos pneus das cadeiras de rodas	1-2-3
12 24 30	Sistemas de fixação do ocupante da cadeira de rodas	1-2-3
12 24 33	Chapéus-de-chuva e respetivos meios de fixação	1-2-3
12 24 36	Unidades de conexão a bicicletas	1-2-3
12 27 03	Cadeiras de empurrar	1-2-3
12 27 15	Gatinhadores e pranchas rolantes	2-3
12 30	Auxiliares de transferência	1-2-3
12 30 03	Tábuas e tapetes de transferência	1-2-3
12 30 06	Placas giratórias	1-2-3
12 30 09	Barras para elevação à posição vertical	1-2-3
12 30 12	Escadas de corda	1-2-3
12 30 15	Faixas para elevação	1-2-3
12 30 18	Carrinhos de transporte, fundas e cestos	1-2-3
12 36	Auxiliares de elevação	2-3
12 36 03	Auxiliares de elevação com assento suspenso	2-3
12 36 04	Auxiliar de elevação na posição de pé	2-3
12 36 06	Guinchos sobre rodas com assentos rígidos	2-3
12 36 09	Guinchos giratórios	2-3
12 36 13	Auxiliares de elevação fixos na(s) parede(s), chão ou teto	2-3
12 36 15	Guinchos estacionários fixos ou montados noutra estrutura	2-3
12 36 18	Guinchos estacionários não fixos	2-3
12 36 21	Unidades de transporte para guinchos móveis e fixos	2-3
12 39	Auxiliares de orientação	3
12 39 03	Bengalas brancas	1-2-3
12 39 06	Ajudas eletrónicas de orientação	3
12 39 09	Ajudas acústicas de navegação (faróis sonoros)	3
12 39 12	Bússolas	3
12 39 15	Mapas em relevo	3
12 39 18	Materiais de orientação tátil	3
15 03	Ajudas para preparação de comida e bebidas	(*) 3
15 03 03	Ajudas para pesar e medir	(*) 3
15 03 06	Ajudas para cortar, picar e separar	(*) 3
15 03 09	Ajudas para limpar e descascar	(*) 3
15 03 12	Ajudas para assar	(*) 3
15 03 15	Máquinas de preparação de alimentos	(*) 3
15 03 18	Ajudas para cozinhar e fritar	(*) 3
15 03 21	Unidades para cozinhar	(*) 3
15 03 24	Frigoríficos e congeladores	(*) 3
15 09	Ajudas para comer e beber	(*) 3
15 09 03	Ajudas para apresentar comidas e bebidas	(*) 3
15 09 06	Doseadores	(*) 3
15 09 09	Rolhas e funis	(*) 3
15 09 13	Talheres e palhinhas	(*) 3
15 09 16	Canecas e copos, chávenas e pires	(*) 3
15 09 18	Pratos	(*) 3
15 09 21	Rebordo de prato e molas para o prato	(*) 3
15 09 24	Copos para ovos	(*) 3
15 09 27	Aparelhos para comer	(*) 3
15 09 30	Sondas	(*) 3
18 09	Mobiliário para sentar	(*) 3
18 09 03	Cadeiras	(*) 3
18 09 06	Bancos ou cadeiras de pôr de pé	(*) 3
18 09 09	Cadeiras de apoio do cóccix	(*) 3
18 09 12	Cadeiras e assentos com um mecanismo especial para ajudar a pôr de pé e a sentar-se	(*) 3
18 09 15	Poltronas e cadeiras de repouso	(*) 3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
18 09 21	Mobiliário especial para sentar	(*) 3
18 09 24	Elevadores para cadeiras e transportadores	(*) 3
18 09 27	Apóios de pernas, pedais e apoios de pés	(*) 3
18 09 31	Assentos, almofadas de assento e peças de abdução	(*) 3
18 09 34	Encostos	(*) 3
18 09 36	Braços de cadeiras	(*) 3
18 09 39	Sistemas de assentos modulares	(*) 3
18 09 42	Almofadas de assento e apoios	(*) 3
18 09 45	Almofadas e coxins de encosto	(*) 3
18 09 48	Sistemas de manter a pessoa na posição de sentada	(*) 3
18 12	Camas	1-2-3
18 12 04	Camas articuladas não ajustáveis à posição do corpo	1-2-3
18 12 07	Camas articuladas com ajustamento manual à posição do corpo	1-2-3
18 12 10	Camas articuladas com ajustamento motor à posição do corpo	1-2-3
18 12 12	Elevadores para camas	1-2-3
18 12 15	Roupas de cama	1-2-3
18 12 18	Colchões e capas de colchões	1-2-3
18 12 21	Suportes dos cobertores	1-2-3
18 12 24	Encostos e apoios de pernas separados e ajustáveis	1-2-3
18 12 27	Guardas laterais e barras para levantar fixadas na cama	1-2-3
18 12 30	Ajudas para encurtar a cama	1-2-3
18 12 33	Extensões da cama	1-2-3
18 18	Dispositivos de apoio	1-2-3
18 18 03	Corrimãos e barras de apoio	1-2-3
18 18 06	Barras de agarrar e pegas	1-2-3
18 18 09	Apoios de braços	1-2-3
18 30	Transportadores verticais	3
18 30 03	Ascensores (elevadores verticais para pessoas)	3
18 30 06	Plataformas elevatórias e elevadores para cadeiras de rodas	3
18 30 09	Elevadores para adaptar a escadas	3
18 30 12	Trepadores de escadas	3
18 30 15	Rampas portáteis	1-2-3
18 30 18	Rampas fixas	1-2-3
18 33	Equipamento de segurança para habitação e outros locais	3
18 33 03	Materiais antiderrapantes para chão e escadas	3
18 33 06	Barreiras de segurança, guardas e grades para janelas, escadas e elevadores	3
18 33 09	Válvulas de segurança para gás	3
18 33 12	Equipamentos de salvação	3
18 33 15	Materiais táteis para pavimentos	3
21 03	Ajudas óticas	2-3
21 03 03	Lentes de óculos	2-3
21 03 06	Armações de óculos	2-3
21 03 09	Lentes de contacto	2-3
21 03 12	Lentes com luz acoplada	2-3
21 03 15	Lentes de aumentar sem iluminação	2-3
21 03 18	Binóculos e telescópios	2-3
21 03 21	Óculos montados com lentes monoculares ou binoculares telescópicas para longas distâncias, incluindo distância normal de leitura	2-3
21 03 24	Óculos montados com lentes monoculares ou binoculares telescópicas para pequenas distâncias	2-3
21 03 27	Dispositivos para expansão do campo visual	2-3
21 03 30	Lentes ou sistema de lentes para grande magnificação	2-3
21 03 33	Óculos prismáticos (óculos para a posição de deitado)	2-3
21 03 36	Filtros de luz (filtros de absorção)	2-3
21 03 39	Produtos para limpeza das lentes de contacto	2-3
21 06	Ajudas eletro-ópticas	3
21 06 03	Sistemas de vídeo com imagem ampliada	3
21 06 06	Máquinas de leitura de texto	3
21 06 09	Suportes lógicos de ampliação	3
21 10	Unidades de saída e acessórios de computador, máquinas de escrever e calculadoras	(*) 3
21 10 03	Écrans	(*) 3
21 10 06	Impressoras e plotters	(*) 3
21 10 09	Sintetizadores de voz	(*) 3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
21 12	Computadores	(*) 3
21 12 03	Computadores de secretária	(*) 3
21 12 06	Computadores portáteis	(*) 3
21 12 09	Computadores de bolso	(*) 3
21 12 12	Unidades de memória externa	(*) 3
21 15	Máquinas de escrever e processadores de texto	(*) 3
21 15 03	Máquinas de escrever manuais	(*) 3
21 15 06	Máquinas de escrever elétricas sem memória	(*) 3
21 15 09	Máquinas de processamento de texto	(*) 3
21 15 12	Máquinas de escrever Braille manuais	(*) 3
21 15 15	Máquinas de escrever Braille elétricas	(*) 3
21 15 18	Suporte lógico para processamento de texto	(*) 3
21 15 21	Dicionários (suportes lógicos)	(*) 3
21 24	Ajudas para desenhar e para escrita manual	3
21 24 03	Canetas, lápis, pincéis, compassos de desenho e régua	3
21 24 06	Pranchas de grafismo	3
21 24 09	Régua de assinatura e selos de assinatura	3
21 24 12	Pautas de escrita	3
21 24 15	Equipamentos de escrita em Braille	3
21 24 18	Papeis/plástico especiais para escrita	3
21 24 19	Dispositivos eletrónicos portáteis para utilizadores de Braille	3
21 24 21	Suportes lógicos para desenho e pintura	3
21 24 24	Suportes lógicos para apresentações	3
21 33 06	Gravadores de vídeo	(**) 3
21 33 09	Descodificadores de videotexto (texto TV)	(**) 3
21 36	Telefones e ajudas telefónicas	(**) 3
21 36 03	Telefones <i>standard</i>	(**) 3
21 36 06	Telefones móveis	(**) 3
21 36 09	Telefones com registo de texto e ou saída de texto	(**) 3
21 36 10	Telefones com imagem e vídeo telefones	(**) 3
21 36 11	Telefones com sinal luminoso incorporado para sinalização de entrada de chamadas	(**) 3
21 36 12	Telefones com amplificador de som e acessórios	(**) 3
21 36 13	Telex e telefax	(**) 3
21 36 14	Cabines telefónicas	(**) 3
21 36 15	Indicadores de chamada, marcação e resposta	(**) 3
21 36 18	Ajudas para marcar chamadas	(**) 3
21 36 21	Recetores com amplificação	(**) 3
21 36 24	Unidades de conexão para ajudas telefónicas	(**) 3
21 36 25	Atendentes de chamadas	(**) 3
21 36 27	Placas de indução em espiral	(**) 3
21 36 30	Suportes de auscultadores	(**) 3
21 36 33	Quadros de cavilhas para rede telefónica exterior	(**) 3
21 36 36	Suportes lógicos para telecomunicações	(**) 3
21 42	Ajudas para comunicação face a face	3
21 42 03	Série de letras e ou símbolos	3
21 42 06	Quadros de letras e ou símbolos	3
21 42 09	Unidades de conversação não portáteis	3
21 42 12	Geradores de voz	3
21 42 15	Amplificadores de voz	3
21 42 18	Amplificadores de comunicação	3
21 42 21	Cornetas acústicas	3
21 42 24	Programas para comunicação face a face	3
21 45	Ajudas para audição	2-3
21 45 03	Próteses auditivas endoauriculares	2-3
21 45 06	Próteses auditivas retroauriculares	2-3
21 45 09	Próteses auditivas colocadas nos olhos	2-3
21 45 12	Próteses auditivas colocadas no corpo	2-3
21 45 15	Próteses auditivas táteis	2-3
21 45 18	Próteses auditivas com implante	2-3
21 48	Ajudas de sinalização	3
21 48 03	Sinais de portas e indicadores de sinal de porta	3
21 48 06	Indicadores de abertura de porta	3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
21 48 09	Indicadores de chuva .....	3
21 48 12	Indicadores de luz .....	3
21 48 15	Indicadores de som ( <i>babysitters</i> eletrónicos) .....	3
21 48 18	Indicadores .....	3
21 48 21	Indicadores de sinal de computadores .....	3
21 48 24	Sistemas de memória e calendários eletrónicos .....	3
21 51	Sistemas de alarme .....	3
21 51 03	Sistemas pessoais de alarme de urgência .....	3
21 51 06	Alarmes para deteção de crises nos epiléticos .....	3
21 51 09	Alarmes de fogo e detetores de fumo .....	3
21 51 12	Alarmes de insulina .....	3
21 51 15	Sistemas de monitorização .....	3
21 54	Materiais de leitura alternativa .....	3
21 54 03	Livros, jornais e revistas sonoras .....	3
21 54 06	Livros e outro material impresso em letras grandes .....	3
21 54 09	Livros e outros materiais impressos em Braille .....	3
21 54 12	Apresentação multimédia de livros, jornais e revistas .....	3
24 04	Ajudas para marcação e indicação .....	3
24 06	Ajudas para acionamento de recipientes .....	3
24 06 03	Dispositivos para abrir garrafas, latas, contentores .....	3
24 06 06	Dispositivos para espremer tubos e bisnagas .....	3
24 09	Comandos e dispositivos de acionamento .....	(*) 3
24 09 03	Botões de premir .....	(*) 3
24 09 06	Maçanetas e outros puxadores fixos .....	(*) 3
24 09 09	Maçanetas e outros puxadores rotativos .....	(*) 3
24 09 12	Pedais (não elétricos) .....	(*) 3
24 09 15	Volantes e manivelas .....	(*) 3
24 09 18	Interruptores de abrir/fechar .....	(*) 3
24 09 24	Reguladores (ajustamento de nível) .....	(*) 3
24 09 27	Potenciômetros .....	(*) 3
24 10	Unidades de entrada para computadores e equipamentos eletrónicos .....	3
24 10 03	Teclados .....	3
24 10 06	Ratos .....	3
24 10 09	Alavancas de comando ( <i>joysticks</i> ) do computador .....	3
24 10 12	Outras unidades de entrada .....	3
24 10 15	Acessórios para as unidades de entrada .....	3
24 10 18	Alterações às unidades de entrada .....	3
24 18	Ajudas para assistir e/ou substituir a função da mão e/ou dedos .....	3
24 18 03	Ajudas para preensão .....	3
24 18 06	Adaptadores e dispositivos de preensão (ajudas aplicadas ao produto) .....	3
24 18 09	Dispositivos para agarrar (usados no corpo) .....	3
24 18 12	Dispositivos para manter a posição vertical .....	3
24 18 15	Puniteiros operacionais .....	3
24 18 18	Lâmpadas de apontar .....	3
24 18 21	Dispositivos para manter o papel .....	3
24 18 24	Dispositivos para fixação de manuscritos .....	3
24 18 27	Apoios de antebraços para atividades manuais .....	3
24 21	Ajudas para alcançar à distância .....	3
24 21 03	Pinças de preensão manuais .....	3
24 21 06	Pinças de preensão elétricas .....	3
24 21 09	Dispositivos de alcançar à distância sem função de preensão .....	3
24 24	Ajudas para posicionamento .....	3
24 24 03	Sistemas fixos e estáveis .....	3
24 24 06	Sistemas rotativos e amovíveis .....	3
24 24 09	Sistemas elevatórios e inclináveis .....	3
24 27	Ajudas para fixação .....	3
24 27 03	Ventosas .....	3
24 27 06	Bases antiderrapantes .....	3
24 27 09	Grampos .....	3

Códigos ISSO	Categorias	Níveis de prescrição
24 27 12	Clips e grampos de mola .....	3
24 27 15	Tornos mecânicos .....	3
24 27 18	Ímanes, faixas magnéticas e grampos .....	3
24 27 21	Acessórios para ferramentas .....	3
30 03	Brinquedos .....	3
30 06	Jogos .....	3
30 18	Instrumentos de artefacto, materiais e equipamento .....	3
30 18 03	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato têxtil .....	3
30 18 06	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em cerâmica .....	3
30 18 09	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em madeira .....	3
30 18 12	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em metal .....	3
30 18 15	Instrumentos, materiais e equipamentos para criação de imagens gráficas .....	3
30 18 18	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato .....	3

(\*) Estes níveis pressupõem uma consulta especializada, nomeadamente, dos hospitais da rede hospitalar existente e ou dos centros especializados através do médico e de uma equipa de reabilitação ou equipas diferenciadas de nível 2 e 3 conforme a situação.

(\*\*) Incluem-se as tecnologias que proporcionam o acesso aos equipamentos e aos serviços das comunicações móveis de terceira geração e de televisão digital vocacionados para pessoas com deficiência.

205600748

## Instituto da Segurança Social, I. P.

Centro Distrital de Lisboa

Despacho n.º 895/2012

Subdelegação de Poderes

Ao abrigo do preceituado nos artigos 35.º e 36.º do Código de Procedimento Administrativo e no uso dos poderes que me foram delegados e ou subdelegados pelo Diretor de Segurança Social do Centro Distrital de Lisboa através do Despacho n.º 16809/2011, de 21 de novembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 238, de 14 de dezembro, delegeo e subdelego os seguintes poderes, nas licenciadas, Ana Maria Prazeres Martins, Andréa Rute Ferreira Rodrigues Amaral, Dina Maria Passos Santa Comba Macedo, Maria da Luz Silva Rei Calado Lopes, Mariza Seixas Costa Marques, Teresa Margarida Fernandes Henriques, Rosa Maria Tavares Lopes Lourenço, Coordenadoras das Equipas de Apoio a Crianças e Jovens e relativamente às respetivas áreas geográficas de responsabilidade:

1 — Em matéria de gestão em geral, de gestão financeira e contabilidade e de administração e património, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas sobre a matéria:

1.1 — Assinar a correspondência relacionada com assuntos de natureza corrente necessária ao normal funcionamento dos serviços, incluindo a correspondência dirigida aos tribunais, com exceção da que for dirigida ao Presidente da República, à Assembleia da República, ao Governo e aos titulares destes órgãos de soberania, à Procuradoria da Justiça e a outras entidades de identidade ou superior posição na hierarquia do Estado, salvaguardando as situações de mero expediente ou de natureza urgente;

2 — Em matéria de recursos humanos, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas do Conselho Diretivo;

2.1 — Despachar os pedidos de justificação de faltas;

3 — Em matéria de segurança social, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas do Conselho Diretivo;

3.1 — Praticar os atos necessários para a resolução dos problemas relacionados com crianças e jovens em perigo colocados pelos tribunais à responsabilidade do ISS-CDist Lisboa, no âmbito da Lei n.º 147/99 (Lei de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em Perigo);

3.2 — Autorizar o pagamento dos apoios previstos no âmbito da Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em risco até ao limite de 700,00 Euros;

4 — A presente delegação é de aplicação imediata, ficando, assim, ratificados os atos praticados pelas delegadas que se insiram no seu âmbito.

16 de dezembro de 2011. — A Diretora da Unidade de Desenvolvimento Social, *Maria da Conceição Abreu França*.

205599234

Despacho n.º 896/2012

Subdelegação de poderes

Ao abrigo do preceituado nos artigos 35.º e 36.º do Código de Procedimento Administrativo e no uso dos poderes que me foram delegados e ou subdelegados pelo Diretor de Segurança Social do Centro Distrital de Lisboa através do Despacho n.º 16809/2011, de 30 de setembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 238, de 14 de dezembro, delegeo e subdelego os seguintes poderes, nas Senhoras Chefes de Setor da Cooperação e Licenciamento de Respostas Sociais, licenciadas Isabel Maria Cabido Simões Gomes e Maria Manuela de Almeida Correia, e relativamente às respetivas áreas de responsabilidade:

1 — Em matéria de gestão em geral, de gestão financeira e contabilidade e de administração do património, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas sobre a matéria:

1.1 — Assinar a correspondência relacionada com assuntos de natureza corrente necessária ao normal funcionamento dos serviços, incluindo a correspondência dirigida aos tribunais, com exceção da que for dirigida ao Presidente da República, à Assembleia da República, ao Governo e aos titulares destes órgãos de soberania, à Procuradoria da Justiça e a outras entidades de identidade ou superior posição na hierarquia do Estado, salvaguardando as situações de mero expediente ou de natureza urgente;

1.2 — Planejar, programar e avaliar as atividades do respetivo Setor, bem como elaborar os seus planos e relatórios de atividades;

1.3 — Desenvolver ações de modernização e melhoria da qualidade dos serviços prestados;

1.4 — Emitir declarações ou certidões relacionadas com situações no âmbito do respetivo Setor;

1.5 — Autorizar o pagamento de despesas cuja realização tenha sido previamente autorizada;

1.6 — Promover as ações adequadas ao exercício pelos interessados do direito à informação e à reclamação.

2 — Em matéria de recursos humanos, desde que, precedendo o indispensável e prévio cabimento orçamental, sejam observados os condicionalismos legais, os regulamentos aplicáveis e as orientações técnicas do Conselho Diretivo:

2.1 — Despachar os pedidos de justificação de faltas;

# APÊNDICES

## **Apêndice I – Cronograma Completo**



Ano	2013												2014							
Mês	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro		
Dias	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	6	13	20	27	3	11		
	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	20	12	19	26	2	9	14		
ACES/ECCI																				
Hospital																				
Objetivo 1 - ACES																				
Objetivo 2 - ACES																				
Objetivo 3 - ACES																				
Objetivo 4 - ACES																				
Objetivo 5 - ACES																				
Objetivo 6 - ACES																				
Objetivo 1 - Hospital																				
Objetivo 2 - Hospital																				

## **Apêndice II – Planejamento Atividades ECCI**

<b>DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>A</b> – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p><b>A.1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A.2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B</b> – Domínio da melhoria da qualidade</p> <p><b>B.3</b> – Cria e mantém</p>	<p><b>1</b> - Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multiprofissional, dinâmica, funcionamento, organização e atividades na ECCI</p>	<p>- Realização de momentos de entrevistas informais com EER e Enf.º chefe, bem como com restante equipa multiprofissional.</p> <p>- Observação estrutura funcional do serviço da ECCI</p> <p>- Consulta de protocolos, manuais, documentos do serviço, bem como de instrumentos de registo.</p> <p>- Integração equipa multiprofissional</p> <p>- Identificação de práticas,</p>	<p><b>Humanos</b></p> <p>Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa e família.</p> <p><b>Materiais</b></p> <p>Protocolos e normas existentes no serviço da ECCI.</p> <p>Guião de entrevista</p> <p><b>Físicos</b></p> <p>ECCI</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- realizado momentos de entrevistas informais com EER, Enf.º Chefe e restante equipa multiprofissional</p> <p>- observado estrutura funcional do serviço da ECCI.</p> <p>- caracterizado a ECCI</p> <p>-consultado protocolos, manuais, documentos do serviço bem como instrumentos de registo.</p> <p>- integrado a equipa</p>

<p>ambiente seguro</p> <p><b>J.1</b> – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>		<p>procedimentos e estratégias de intervenção a pessoas com limitação funcional em contexto domiciliário.</p>	<p><b>Temporais</b></p> <p>30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013</p>	<p>multiprofissional.</p> <p>- identificado práticas, procedimentos e estratégias de intervenção a pessoas com limitação funcional em contexto domiciliário.</p> <p><b>CrITÉrios de avaliação</b></p> <p>De que modo as atividades/ estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração de forma progressiva e gradual na equipa multiprofissional, dinâmica, funcionamento, organização e atividades na ECCI</p>
---	--	---	--	--

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Actividades/estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de avaliação</b>
<p><b>A</b> – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p><b>A.1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>D</b> – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p><b>D.1</b> – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D.2</b> – Baseia a sua <i>praxis</i> clínica especializada em</p>	<p><b>2</b> – Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação prestados na comunidade (articulação hospital Vs comunidade; redes de apoio na comunidade...)</p>	<p>- Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática.</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas sobre articulação Hospital Vs Comunidade e redes de apoio.</p> <p>- Organização de recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades.</p> <p>- Motivação para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento</p>	<p><b>Humanos</b></p> <p>Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa e família.</p> <p><b>Materiais</b></p> <p>Protocolos e normas sobre articulação hospital – comunidade, redes de apoio; pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e doutoramento acerca desta temática.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- realizado pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática.</p> <p>- esclarecido dúvidas sobre articulação Hospital Vs Comunidade e redes de apoio.</p> <p>- Organizado recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades.</p>

<p>sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p> <p><b>J</b></p> <p><b>J.2</b> – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p><b>J.3</b> – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>profissional e pessoal.</p> <p>- Demonstração de capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas em contexto domiciliário.</p>	<p><b>Físicos</b></p> <p>ESEL, biblioteca da ESEL, ECCI</p> <p><b>Temporais</b></p> <p>30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013</p>	<p>- Procurado estar motivada para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal.</p> <p>- demonstrado capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas em contexto domiciliário.</p> <p><b>CrITÉRIOS de avaliação</b></p> <p>De que modo as atividades/ estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação prestados na comunidade (articulação hospital Vs comunidade; redes de apoio na comunidade...)</p>
--	--	--	--	---

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades/estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de avaliação</b>
<p><b>A</b> – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p><b>A.1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>D</b> – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p><b>D.1</b> – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D.2</b> – Baseia a sua <i>praxis</i> clínica especializada em</p>	<p><b>2</b> – Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação prestados na comunidade (articulação hospital Vs comunidade; redes de apoio na comunidade...)</p>	<p>- Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática.</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas sobre articulação Hospital Vs Comunidade e redes de apoio.</p> <p>- Organização de recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades.</p> <p>- Motivação para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento</p>	<p><b>Humanos</b></p> <p>Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa e família.</p> <p><b>Materiais</b></p> <p>Protocolos e normas sobre articulação hospital – comunidade, redes de apoio; pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e doutoramento acerca desta temática.</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- realizado pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática.</p> <p>- esclarecido dúvidas sobre articulação Hospital Vs Comunidade e redes de apoio.</p> <p>- Organizado recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades.</p> <p>- Procurado estar motivada</p>

<p>sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p> <p><b>J</b></p> <p><b>J.2</b> – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p><b>J.3</b> – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>profissional e pessoal.</p> <p>- Demonstração de capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas em contexto domiciliário.</p>	<p><b>Físicos</b></p> <p>ESEL, biblioteca da ESEL, ECCI</p> <p><b>Temporais</b></p> <p>30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013</p>	<p>para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal.</p> <p>-Demonstrado capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas em contexto domiciliário.</p> <p><b>Critérios de avaliação</b></p> <p>De que modo as atividades/ estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação prestados na</p>
--	--	--	--	--



				comunidade (articulação hospital Vs comunidade; redes de apoio na comunidade...)
--	--	--	--	--

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades/estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de avaliação</b>
<p><b>B</b> – Domínio da melhoria da qualidade</p> <p><b>B.2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B.3</b> – Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro</p>	<p><b>4</b> – Promover continuidade de cuidados com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com limitação funcional e sua família em contexto domiciliário</p>	<p>- Avaliação da situação da pessoa com limitação funcional e família, identificando as necessidades de apoio na comunidade, com vista à sua reinserção.</p> <p>- Identificação e utilização de instrumentos de avaliação à pessoa com limitação funcional.</p>	<p><b>Humanos</b></p> <p>Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa e família.</p> <p><b>Materiais</b></p> <p>Instrumento de registo de enfermagem, protocolos</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- avaliado a situação de pelo menos 2/3 pessoas com limitação funcional e respectiva família identificando as necessidades de apoio na comunidade, com vista à sua reinserção.</p> <p>- recorrido a pelo menos 2/3 instrumentos de avaliação à pessoa com limitação funcional.</p>

<p><b>C – Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p><b>C.1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</b></p> <p><b>J.1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b></p> <p><b>J.2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e / ou restrição da participação para a</b></p>		<p>- Realização de programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações funcionais e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida.</p> <p>- Envolvimento da pessoa com limitação funcional e sua família na comunidade onde se encontram inseridos através de atividades promotoras da reintegração comunitária.</p> <p>- Elaboração de plano de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa com</p>	<p>de qualidade em vigor, legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e doutoramento acerca desta temática.</p> <p><b>Físicos</b></p> <p>ESEL, biblioteca da ESEL, Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).</p> <p><b>Temporais</b></p> <p>30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013</p>	<p>- realizado pelo menos 2/3 programas de treino de AVDs visando a adaptação às limitações funcionais e à maximização da autonomia e qualidade de vida.</p> <p>- envolvido pelo menos 2/3 pessoas com limitação funcional e sua família na comunidade onde se encontram inseridos através de actividades promotoras de reintegração comunitária.</p> <p>- elaborado pelo menos 2/3 planos de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa com limitação funcional e família.</p> <p>- prestado cuidados de enfermagem de reabilitação a pelo menos 2/3 pessoas com limitação funcional, em colaboração com a EER.</p> <p>- envolvido pelo menos 2/3</p>
---	--	--	--	---

<p>reinserção e exercício da cidadania.</p> <p><b>J.2.1</b> – Elabora e implementa programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e maximização da autonomia e qualidade de vida.</p> <p><b>J.2.2</b> – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>J.3</b> – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>limitação funcional e família.</p> <p>- Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com limitação funcional e família, em colaboração com a EER.</p> <p>- Envolvimento da família/cuidador nos cuidados prestados.</p> <p>- Reflexão sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e aperfeiçoamento contínuo.</p>		<p>famílias/cuidadores nos cuidados prestados.</p> <p>- refletido acerca das competências práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e aperfeiçoamento contínuo.</p> <p><b>CrITÉRIOS de avaliação</b></p> <p>De que modo as atividades/estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, com vista à melhoria da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com limitação funcional e sua família em contexto domiciliário.</p> <p>Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com limitação funcional e sua família,</p>
---	--	---	--	---

				<p>integrando-os no plano global de cuidados.</p> <p>Presta cuidados de enfermagem de reabilitação em articulação com os recursos e profissionais da comunidade.</p>
--	--	--	--	--

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Actividades/estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de avaliação</b>
<p><b>B</b> – Domínio da melhoria da qualidade</p> <p><b>B.2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B.3</b> – Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro</p>	<p><b>5</b> – Compreender a importância das ajudas técnicas na promoção da autonomia da pessoa com limitação funcional e sua família</p>	<p>- Demonstração de conhecimentos sobre tipo de limitações funcionais, patologias incapacitantes, noções de anatomia e fisiologia, prognósticos.</p> <p>- Observação da tipologia de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação funcional.</p>	<p><b>Humanos</b></p> <p>Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa e família.</p> <p><b>Materiais</b></p> <p>Legislação e normas de utilização das ajudas</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- observado o tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação funcional, em pelo menos 2/3 pessoas.</p> <p>- promovido e ensinado</p>

<p><b>C</b> – Domínio da gestão dos cuidados</p> <p><b>C.1</b> – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p><b>D</b> - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p><b>D.2</b> – Baseia a sua <i>praxis</i> clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p> <p><b>J.1</b> – Cuida de pessoas</p>		<p>- Desenvolvimento de conhecimento sobre ajudas técnicas (classificação ISSO, domínio do banco de dados, conhecimentos básicos sobre ajudas técnicas, elementos da legislação sobre limitação funcional e ajudas técnicas, domínio dos equipamentos disponíveis).</p> <p>- Promoção e ensino sobre a utilização de ajudas técnicas adaptadas às limitações e necessidades da pessoa, bem como às condições habitacionais e contextos da vida social e</p>	<p>técnicas, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e doutoramento acerca desta temática.</p> <p><b>Físicos</b> ESEL, biblioteca da ESEL, Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).</p> <p><b>Temporais</b> 30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013</p>	<p>pelo menos a 2/3 pessoas, a utilização de ajudas técnicas adaptadas às limitações e necessidades, bem como às condições habitacionais e contextos da vida social e profissional.</p> <p>- incentivado pelo menos 2/3 pessoas à utilização das ajudas técnicas para promoção da autonomia.</p> <p>- realizado pelo menos 2/3 ensinios à família / cuidador e pessoa sobre utilização da ajuda técnica.</p> <p><b>Crítérios de avaliação</b></p>
---	--	---	--	---

<p>com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p><b>J.2</b> – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e / ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p><b>J.2.1</b> – Elabora e implementa programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e maximização da autonomia e qualidade de vida.</p>		<p>profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo à utilização das ajudas técnicas para promoção da autonomia.</li> <li>- Ensino à família / cuidador e próprio doente como usar a ajuda técnica.</li> </ul>		<p>De que modo as atividades/ estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para compreender a importância das ajudas técnicas na promoção da autonomia da pessoa com limitação funcional e sua família</p> <p>Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com limitação funcional e família, integrando-os no plano global de cuidados.</p> <p>Presta cuidados de enfermagem de</p>
--	--	--	--	--

<p><b>J.2.2</b> – Promove a mobilidade, acessibilidade e participação social.</p> <p><b>J.3</b> – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>				<p>reabilitação em articulação com os recursos e profissionais da comunidade.</p>
---	--	--	--	---

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades/estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de avaliação</b>
<p><b>B</b> – Domínio da melhoria da qualidade</p> <p><b>B.2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p>	<p><b>6</b> – Criar documento de fácil acesso e leitura sobre ajudas técnicas (tipologia, lista homologada em diário da república, entidades prescritoras,</p>	<p>- Identificação do tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação funcional.</p> <p>- Promoção sobre a</p>	<p><b>Humanos</b></p> <p>Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- Identificado tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação</p>

<p><b>D</b> - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p><b>D.2</b> – Baseia a sua <i>praxis</i> clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p> <p><b>J.1</b> – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p><b>J.2</b> – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e / ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p><b>J.2.1</b> – Elabora e implementa programa de treino de AVDs visando</p>	<p>financiamentos, custos, associações / empresas).</p>	<p>utilização de ajudas técnicas adaptadas às limitações e necessidades da pessoa, bem como às condições habitacionais e contextos da vida social e profissional.</p> <p>- Incentivo à utilização das ajudas técnicas / produtos de apoio para promoção da autonomia.</p> <p>- Pesquisa bibliográfica sobre informação já disponível.</p>	<p>e família.</p> <p><b>Materiais</b></p> <p>Legislação e normas de utilização das ajudas técnicas / produtos de apoio, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e doutoramento acerca desta temática.</p> <p><b>Físicos</b></p> <p>ESEL, biblioteca da ESEL, ECCI.</p> <p><b>Temporais</b></p> <p>30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013</p>	<p>funcional.</p> <p>- Promovido a utilização das ajudas técnicas adaptadas às limitações e necessidades da pessoa, bem como às condições habitacionais e contextos da vida social e profissional.</p> <p>- Incentivado à utilização das ajudas técnicas para a promoção da autonomia.</p> <p>-Realizado pesquisa bibliográfica sobre informação já disponível.</p> <p><b>Crítérios de avaliação</b></p> <p>De que modo as atividades/ estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para criar</p>
---	---	---	---	--



<p>a adaptação às limitações da mobilidade e maximização da autonomia e qualidade de vida.</p> <p><b>J.2.2</b> – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>J.3</b> – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>				<p>documento de fácil acesso e leitura sobre ajudas técnicas (tipologia, lista homologada em diário da república, entidades prescriptoras, financiamentos, custos, associações / empresas).</p>
--	--	--	--	---

## **Apêndice III – Planejamento Atividades – Serviço de Pneumologia**

<b>DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>A</b> – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p><b>A.1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A.2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B</b> – Domínio da melhoria da qualidade</p> <p><b>B.3</b> – Cria e mantém ambiente seguro</p> <p><b>J.1</b> – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p><b>1</b> – Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multiprofissional, compreendendo a sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades no serviço de pneumologia</p>	<p>- Realizar momentos de entrevistas informais com EER e Enf.º chefe, bem como com restante equipa multiprofissional;</p> <p>- Observar estrutura funcional do serviço de pneumologia;</p> <p>- Consulta de protocolos, manuais, documentos do serviço, bem como de instrumentos de registo;</p> <p>- Integrar equipa multiprofissional;</p> <p>- Identificar práticas, procedimentos e estratégias de intervenção a pessoas com necessidade de reabilitação respiratória.</p>	<p><b>Humanos</b> Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa e família.</p> <p><b>Materiais</b> Protocolos e normas existentes no serviço</p> <p>Guião de entrevista</p> <p><b>Físicos</b> Serviço de Pneumologia</p> <p><b>Temporais</b> 6 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- realizado momentos de entrevistas informais com EER, Enf.º Chefe e restante equipa multiprofissional</p> <p>- observado estrutura funcional do serviço.</p> <p>- consultado protocolos, manuais, documentos do serviço bem como instrumentos de registo.</p> <p>- integrado a equipa multiprofissional.</p> <p>- identificado práticas, procedimentos e estratégias de intervenção a pessoas com necessidade de reabilitação</p>

				<p>respiratória.</p> <p><b>Critérios de avaliação</b></p> <p>De que modo as atividades/ estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração de forma progressiva e gradual na equipa multiprofissional, dinâmica, funcionamento, organização e atividades no serviço de pneumologia</p>
--	--	--	--	--

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Actividades/estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de avaliação</b>
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A.1 –</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A.2 –</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B – Domínio da melhoria da qualidade</b></p> <p><b>B.3 –</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>B.3.1 –</b> Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo</p> <p><b>C – Domínio da gestão</b></p>	<p><b>2.</b> Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação em contexto de internamento na vertente de enfermagem de reabilitação respiratória.</p>	<p>- pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática;</p> <p>- esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades;</p> <p>- motivação para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal;</p> <p>- demonstração de capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas com necessidade de reabilitação respiratória;</p> <p>- avaliação da situação da pessoa com necessidade de reabilitação respiratória e família identificando as</p>	<p><b>Humanos</b> Professor orientador do projeto, Enf.º Chefe, Enf.º EER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional, pessoa e família.</p> <p><b>Materiais</b> Código deontológico, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, regulamento das competências do enfermeiro especialista em reabilitação, pareceres ético-legais da ordem dos enfermeiros, reuniões com equipa multiprofissional, pesquisa bibliográfica, protocolos e normas existentes no serviço, legislação e normas de utilização das ajudas técnicas, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e</p>	<p><b>Indicadores</b></p> <p>É esperado que tenha:</p> <p>- pesquisado bibliografia de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática</p> <p>- esclarecido dúvidas;</p> <p>- recolhido informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades;</p> <p>- motivado para o encontro de situações complexas que contribuam para o enriquecimento profissional e pessoal;</p> <p>- demonstrado capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas com necessidade de reabilitação respiratória;</p> <p>- avaliado situação da pessoa com necessidade</p>

<p>de cuidados</p> <p><b>C.1</b> – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional.</p> <p><b>C.1.1</b> – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p><b>J.1</b> – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p><b>J.2</b> – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p><b>J.3</b> – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>necessidades de apoio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação e utilização de instrumentos de avaliação à pessoa com necessidade de reabilitação respiratória;</li> <li>- realização de programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;</li> <li>- elaboração de plano de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa e família;</li> <li>- prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com padrão respiratório alterado e família, em colaboração com a EER;</li> <li>- envolvimento da família/cuidador nos cuidados prestados;</li> </ul>	<p>doutoramento acerca desta temática.</p> <p><b>Físicos</b> Serviço de pneumologia</p> <p><b>Temporais</b> 6 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014</p>	<p>de reabilitação respiratória e família identificando as necessidades de apoio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificado e utilizado instrumentos de avaliação à pessoa com necessidade de reabilitação respiratória;</li> <li>- realizado programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;</li> <li>- elaborado plano de cuidados globais/reabilitação adaptado à pessoa e família;</li> <li>- prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com padrão respiratório alterado e família, em colaboração com a EER;</li> <li>- envolvido família/cuidador nos cuidados prestados;</li> </ul>
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- reflexão sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e aperfeiçoamento contínuo;</li> <li>- conhecimentos sobre tipo de limitações respiratórias, patologias incapacitantes, noções de anatomia e fisiologia, prognósticos;</li> <li>- observação do tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação respiratória;</li> <li>- desenvolvimento de conhecimento sobre AT (classificação ISO, domínio do banco de dados, conhecimentos básicos sobre AT, elementos da legislação sobre limitação funcional e AT, domínio dos equipamentos disponíveis);</li> <li>- ensino sobre a utilização</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- refletido sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e aperfeiçoamento contínuo;</li> <li>- conhecimentos sobre tipo de limitações respiratórias, patologias incapacitantes, noções de anatomia e fisiologia, prognósticos;</li> <li>- observado tipo de necessidades específicas para o autocuidado na pessoa com limitação respiratória;</li> <li>- desenvolvido conhecimentos sobre AT (classificação ISO, domínio do banco de dados, conhecimentos básicos sobre AT, elementos da legislação sobre limitação funcional e AT, domínio dos equipamentos disponíveis);</li> </ul>
--	--	--	--	---

		<p>de AT adaptados às limitações e necessidades da pessoa, bem como aos contextos da vida social e profissional;</p> <p>- incentivo à utilização das AT para promoção da autonomia;</p> <p>- ensino à família / cuidador e próprio doente como usar as AT.</p>	<p>- ensinado sobre a utilização de AT adaptados às limitações e necessidades da pessoa, bem como aos contextos da vida social e profissional;</p> <p>- incentivado à utilização das AT para promoção da autonomia;</p> <p>- ensinado à família / cuidador e próprio doente como usar as AT.</p> <p><b>Critérios de avaliação</b></p> <p>De que modo as atividades/ estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação em contexto de internamento na vertente de enfermagem de reabilitação respiratória.</p>
--	--	--	---



## **Apêndice IV – Guiões Hospital**

## **GUIÃO DE ENTREVISTA – ENFERMEIRO CHEFE**

Este guião de entrevista foi construído com o intuito de procurar identificar aspectos relevantes para o desenvolvimento do trabalho de projecto e ensino clínico. Desta forma foi direccionada esta entrevista para o enfermeiro chefe tendo como objectivos identificar o enfermeiro chefe entrevistado (1), compreender a caracterização do serviço (2), entender a gestão de recursos humanos (3) e compreender a gestão dos cuidados de enfermagem (4).

Assegurando-se a total confidencialidade das informações fornecidas e solicitando-se a sua autorização para a gravação desta entrevista.

Agradeço a sua colaboração em todo o processo de construção deste trabalho, salvaguardando que caso deseje, todos os dados que forem recolhidos através desta entrevista e a sua respectiva análise serão inteiramente facultados.

### **1. Identificação do enfermeiro**

- . Nome
- . Idade
- . Anos de profissão
- . Quantos anos exerce funções de chefia?
- Entrevista respondida pela EER (Enf.<sup>a</sup> Neuza) por ausência no momento da enfermeira chefe.

### **2. Caracterização do serviço**

- . *Qual a lotação do serviço?* 4 Enfermarias – 14 doentes( 1 isolamento); Hospital de dia – 4 doentes; Unidade de transplante pulmonar (cirurgia torácica linear)
- . *Como é constituída a equipa multidisciplinar?* Enfermeiros: Total: 18; Especialista enfermagem reabilitação: 6; Especialista em saúde mental; Especialista em comunitária; Especialista em médico-cirúrgica
- . *Caracterize a população alvo de cuidados (faixa etária, patologias)?* DPOC; Bronquiectasias; Fibrose Pulmonar; Transplante pulmonar; Insuficiência respiratória; Patologia respiratória do sono; Asma; Patologia do interstício pulmonar; estudo da função respiratória; desabituação tabágica.
- . *Como são referenciados/encaminhados os utentes para este serviço (origem e motivos de internamento)?* Uteses são referenciados da urgência, consulta externa, utentes da especialidade de cardiologia torácica.

- . *Qual o tempo médio de internamento?* - Média de dias: 7/10;- Caso transplante pulmonar: 38 dias
- . *O serviço possui apoios de outras estruturas do hospital (dietética, fisioterapia)? Com quais interage mais?*
- . *Quais os protocolos existentes no serviço?*

### **3. Gestão dos recursos humanos**

- . *Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem?* Enfermeiros: Total: 18; Especialista enfermagem reabilitação: 6; Especialista em saúde mental; Especialista em comunitária; Especialista em médico-cirúrgica
- . *Quantos desses enfermeiros são especialistas?* Especialista enfermagem reabilitação: 6; Especialista em saúde mental; Especialista em comunitária; Especialista em médico-cirúrgica
- . *Quantos EER possui a sua equipa?* Especialista enfermagem reabilitação: 6; Especialista em saúde mental; Especialista em comunitária; Especialista em médico-cirúrgica
- . *Como são distribuídos pelos turnos os enfermeiros especialistas em reabilitação?* Manhã – 3 - 4 enfermeiros; Tarde – 3 enfermeiros, Noite – 2 enfermeiros
- . *Como se relacionam os enfermeiros especialistas com os outros profissionais (fisioterapeutas, médicos...)?*

### **4. Gestão dos cuidados de enfermagem**

- . *Qual o método de trabalho da equipa?*
- . *Os cuidados são planeados com base em algum modelo? Se sim, qual?*
- . *São utilizados planos de cuidados? Quem participa na sua elaboração?*
- . *Tem projectos de formação implementados? Que áreas procura colmatar?*

,

## **GUIÃO DE ENTREVISTA – ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Este guião de entrevista foi construído com o intuito de procurar identificar aspectos relevantes para o desenvolvimento do trabalho de projecto e ensino clínico. Desta forma foi direccionada esta entrevista para o enfermeiro especialista tendo como objectivos identificar o enfermeiro especialista entrevistado (1), compreender a gestão de cuidados especializados em reabilitação (2), entender o tipo de articulação dos cuidados de enfermagem (3), compreender a articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação com o utente, a família/cuidador, a restante equipa multidisciplinar e a comunidade (4), identificar projectos de melhoria contínua na qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação (5) e por fim compreender o tipo de registo e ensinos que são efectuados na área da enfermagem de reabilitação.

Assegurando-se a total confidencialidade das informações fornecidas e solicitando-se a sua autorização para a gravação desta entrevista.

Agradeço a sua colaboração em todo o processo de construção deste trabalho, salvaguardando que caso deseje, todos os dados que forem recolhidos através desta entrevista e a sua respectiva análise serão inteiramente facultados.

### **8. Identificação do enfermeiro entrevistado**

- . Nome – Neuza Reis
- . Idade
- . Anos de profissão
- . Anos a exercer funções de especialista

### **9. Gestão de cuidados especializados em reabilitação**

- . *A quantos utentes presta cuidados diariamente?* – 4 a 6 doentes por turno com permuta de cuidados
- . *Quais os critérios de selecção dos utentes que são alvo dos seus cuidados? Como são referenciados?* – Seleciona os utentes mais dependentes, a nível motor e respiratório ou aqueles que possuem mais secreções. Utentes são referenciados da urgência, consulta externa, utentes da especialidade de cardiologia torácica.
- . *Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação aos diferentes utentes?*

. *Que vertentes engloba na sua intervenção como enfermeiro especialista? (mais motora, mais respiratória... ambas...)* – sendo EER engloba os cuidados totais aos utentes, ou seja as duas vertentes respiratória e motora.

. *Que escalas ou instrumentos utiliza frequentemente na sua prática?* – Escala de Barthel, Escala de Withborg. Em suporte de papel + base de dados.

. *Possui dispositivos que auxiliem e complementem os cuidados de reabilitação?* – possui e todo o tipo de dispositivos essenciais para a reabilitação, vertente respiratória e motora.

. *Quanto tempo é atribuído efetivamente à prestação de cuidados na área da reabilitação?* – metade do turno visto que prestam cuidados gerais + cuidados específicos de reabilitação.

. *Que tipologia de necessidades consegue identificar na maioria dos seus utentes/família?* - Limitações funcionais; Gestão das expectativas face à doença: imagem corporal, dispêndio de energia, adesão à terapêutica.

## **10. Articulação dos cuidados de enfermagem**

. *Em que áreas deve e pode o enfermeiro especialista intervir, na sua perspetiva?*

. *Existem condições para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? Para si são as adequadas? O que mudaria?*

. *Coordena os cuidados de enfermagem com os outros enfermeiros especialistas? Existem reuniões de equipa? Que tipo de informação discutem nessas mesmas reuniões?* – Fisioterapeutas (responsáveis pela parte motora), EER (responsáveis pela parte respiratória e motora). Reuniões em passagem de turno para discussão de casos clínicos.

. *Quais as competências do enfermeiro especialista de reabilitação mais valorizadas por si no contexto em que se insere?*

. *Como se articulam os enfermeiros especialistas com os outros profissionais (fisioterapeutas, médicos...)?* - Fisioterapeutas (responsáveis pela parte motora), EER (responsáveis pela parte respiratória e motora).

## **11. Articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação com o utente, a família/cuidador, a restante equipa multidisciplinar e a comunidade**

. *Qual a receptividade do utente e família aos cuidados de enfermagem de reabilitação?* – Quase todos os doentes colaboram com o EER, sabem que estamos lá para ajudar.

. *A família é incluída nos cuidados planeados? Como vê esta colaboração?* – Sempre que possível a família é incluída nos cuidados. É fundamental a sua colaboração para recuperação do utente.

. *Considera que a envolvimento da pessoa/família é importante para a melhoria dos cuidados de enfermagem? Vê diferenças nos cuidados em função da adesão aos mesmos?*

. *Quais as maiores necessidades (utente/família/cuidador) identificadas por si na população alvo?* Limitações funcionais; Gestão das expectativas face à doença: imagem corporal, dispêndio de energia, adesão à terapêutica.

. *Como é que o enfermeiro especialista de reabilitação se articula com os membros da equipa (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dietista...)?*

. *Qual a sua opinião sobre a importância desta articulação?*

. *Como prepara a alta da pessoa no regresso ao domicílio?* – Normalmente são altas programadas e por isso existem ensinamentos realizados sempre com a entrega de panfletos.

. *Existem parcerias de cuidados com a comunidade na preparação e momento da alta?* Envio de carta de enfermagem + telefonema para o centro de saúde.

. *Que tipo de informação é transmitida para o C.Saúde na referência de um utente, e como essa informação é transmitida (telefonema, fax, mail...)? E por quem é realizado esse contacto com o C.Saúde?* Contacto realizado pelo enfermeiro responsável pelo doente. A informação transmitida vai por carta de enfermagem e telefonema.

## **12. Projectos de melhoria contínua na qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação**

. *O que considera importante aperfeiçoar para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? O que gostaria de ver implementado?*

. *Tem projectos de formação implementados? Que áreas procura colmatar? Formação no serviço para todos os enfermeiros (generalistas e especialistas) em conjunto.*

. *O que conseguiu implementar até hoje e o que espera conseguir implementar?*

## **13. Registos**

. *Como efectua os seus registos? A que aspectos dá maior relevância?*

. *Registos em formato papel ou já informatizados? Se informatizados que tipo de programa utilizam e quais as suas vantagens?* CIPE e registos em papel.

#### **14. Ensinos**

*. Que tipo de ensinos realiza na sua prática clínica? (aplicação das técnicas de RFR e motora; adesão terapêutica, hábitos de vida saudáveis)*

*. Preparação para alta (que aspectos dá maior relevância neste aspecto?)*

## **APÊNDICE II**

### **Incidente Crítico**





## INCIDENTE CRÍTICO

A situação que é descrita em seguida representa um momento de crescimento pessoal/profissional que vivi durante o ensino clínico que decorre no serviço de pneumologia.

Neste incidente crítico decidi abordar o tema “Que tipo de produtos de reabilitação se podem adaptar no domicílio”.

Refletir sobre este tema torna-se fundamental visto que nem todos os utentes a quem prestamos cuidados de reabilitação têm uma situação económica que lhes permitam adquirir os produtos necessários para a realização do plano de exercícios que “prescrevemos” para o domicílio.

A reabilitação é um processo que consiste na identificação das necessidades de indivíduos com limitações funcionais e tem como objetivo ajudar esses mesmos indivíduos a (re)adquirirem a sua independência e/ou a maximizarem o seu potencial funcional.

Segundo a organização mundial de saúde (WHO)<sup>1</sup> o processo de reabilitação consiste na (1) identificação de problemas e necessidades, no (2) relacionamento entre os problemas e os factores modificáveis e limitantes, na (3) definição de problemas mediadores alvo e selecção das medidas adequadas, no (4) planeamento, implementação e coordenação de intervenções; e por fim na (5) avaliação dos efeitos.

Quando identificamos as necessidades do indivíduo definimos um “plano de exercícios”. Este plano de exercícios poderá ser realizado em contexto hospitalar ou no domicílio. Quando realizado em contexto hospitalar o enfermeiro especialista não deverá esquecer de aquando da alta clínica, adaptar esse plano ao domicílio.

Este seria o tema que queria abordar/reflectir neste incidente crítico. A situação aconteceu com uma das utentes a D<sup>a</sup> M.J. A D<sup>a</sup> M.J. tem 40 anos de idade, asmática desde jovem, com história de incumprimento terapêutico. Obesa, com hábitos de vida pouco saudáveis (sedentarismo, alimentação incorreta, tabagismo). Estes são alguns

---

<sup>1</sup> Informação retirada do capítulo 4 do *world report for disabilities* 2011, da organização mundial de saúde, no site [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/chapter4\\_por.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf) (acedido em Fevereiro 2014).

dos motivos que potenciam os sucessivos reinternamentos no serviço de pneumologia com agudizações da sua patologia base.

Durante o internamento da D<sup>a</sup> M.J. houve uma motivação da mesma, demonstrada pelo seu interesse e adesão aos exercícios propostos pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Após alguns dias de internamento e de trabalho com os enfermeiros especialistas em reabilitação foi-lhe realizado um plano de atividades semanais para o domicílio. Plano esse que era semelhante àquele que já ali no serviço realizava diariamente (correção postural; fortalecimento dos membros superiores e inferiores; técnicas de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; técnica de conservação de energia).

Quando questionada se tinha alguma dúvida naquele plano a utente verbaliza que se sente motivada para o realizar semanalmente mas que não tem o material necessário em casa para realizar os exercícios da mesma forma que os está a realizar no internamento.

Os planos de exercícios de reabilitação delineados pelos enfermeiros têm não só em conta as necessidades dos indivíduos, mas também são adaptados ao material que o enfermeiro dispõe para realizar esse tal plano. Material como por exemplo: bola suíça, bola proprioceptiva, bastão, halteres, faixas elásticas, rolos, almofadas, pedaleiras; espirómetros etc.

Algun desse material encontra-se disponível em alguns serviços. Contudo não se encontram em todos. Mas esse não será o maior dos problemas. Isto porque os enfermeiros têm a capacidade de se adaptar ao material que têm disponível. E quando não possuem algum desse material, realizam outro tipo de exercícios onde se trabalhe com o mesmo intuito de alcançar os objetivos propostos. Ao contrário de os utentes que não possuem os conhecimentos necessários para realizar adaptações de material se assim não lhes for ensinado ou explicado.

O maior dos problemas, para os quais os enfermeiros devem estar despostos, aparece quando o indivíduo tem alta clínica e vai para casa, com um plano de exercícios. Para realizar esse plano é necessária motivação, mas também é necessário que o utente perceba os exercícios. E também que possua algum tipo de material para os realizar. Esse material não é fornecido pelo hospital e por isso uma das questões logo colocada

pelos utentes é “oh sra enfermeira eu até realizava os exercícios mas como, se eu não tenho o mesmo material que vocês têm aqui?!? Não vou comprar nem tenho como comprar isso...”.

Como enfermeiros especialistas temos que ter em conta as dificuldades económicas que cada utente apresenta e encontrar estratégias e adaptar os exercícios.

Desta forma as adaptações passam por exemplo: o bastão poderá ser substituído pelo cabo da vassoura ou esfregona (sem a escova); os halteres poderão ser substituídos por pacotes de arroz ou sal (halteres de 1kg = pacote de arroz; halteres de 0,5kg =  $\frac{1}{2}$  do pacote de arroz etc) ou garrafas de água; os espirometros poderão ser substituídos por aqueles assobios de papel para criança, denominados por “língua da sogra”, onde o utente sopra e tenta manter o assobio de papel esticado etc...

Porque por vezes não é necessário arranjar material muito caro, basta possuímos alguma imaginação e verificarmos o que existe no mercado que se possa adquirir e que permitam alcançar os mesmos objetivos.

Foram estes exemplos que nos lembrámos para o plano da utente M.J. A utente foi uma das pessoas que verbalizou essa dificuldade em adquirir o material. Desta forma torna-se crucial desmistificar a ideia de que há uma necessidade absoluta dos utentes terem que adquirir material para realizarem os exercícios que lhes ensinamos durante o internamento. O facto de durante o internamento se realizarem exercícios com material tipo halteres, bastões, espirometros, não significa que o utente tenha que realizar com o mesmo tipo de material depois em casa. Como já referido anteriormente.

A utente percebeu os objetivos do plano e encontrava-se motivada para os atingir. Referia várias vezes que tinha que ela própria encontrar a motivação não só para realizar os exercícios bem como para sair de casa, por curtos períodos e realizar curtos passeios. Encontrar também a motivação em coisas que goste de fazer para ocupar o seu tempo. A utente sabe que tudo isso é fundamental para o seu bem-estar. Percebeu também como é que poderia adaptar os exercícios e material ao seu contexto diário.

Porque o que importa é fazer os exercícios e não, com que material os fazemos!



## **APÊNDICE III**

### **Estudo de Caso - ECCI**





**4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**ECCI**

## **PLANO DE CUIDADOS ENFERMAGEM REABILITAÇÃO**

**Cláudia Alexandra A. G. Branco**

**Profº. Orientador Miguel Serra**

**Enfª. Orientadora Teresa Gadanho**

**Lisboa**

**Dezembro de 2013**



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>2</b>
<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>3</b>
<b>PLANO DE CUIDADOS</b>	<b>14</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>23</b>

# INTRODUÇÃO

O ensino clínico decorre na equipa de cuidados continuados integrados.

A equipa é multidisciplinar e presta cuidados no domicílio a utentes da área geográfica abrangente. É constituída por médicos, assistente social, dietista, psicóloga e enfermeiros.

A equipa de enfermagem é constituída por 6 elementos, três enfermeiros generalistas (um deles a acabar a especialidade de enfermagem de reabilitação e outro a especialidade de enfermagem médico cirúrgica vertente oncológica) e duas enfermeiras especialistas de reabilitação.

Este plano de cuidados diz respeito ao utente J.M., internado em ambulatório há mais ou menos 6 meses, com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação nomeadamente no treino de atividades de vida tais como deambulação.

# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## Identificação do utente

Nome – J.M.

Data de Nascimento – 2 de Janeiro de 1936

Idade – 77 anos

Sexo – Masculino

Raça – Leucodérmica

Estado civil – Casado

Estado Profissional – Reformado

Nacionalidade – Portuguesa

Naturalidade – Sertã, Castelo Branco

Residência – Porto Salvo, Ribeira da Lage

Agregado Familiar – Vive com esposa, tem apoio da filha, genro e neto.

Pessoa Significativa – Esposa

Cuidador – Esposa

Residência – Moradia de 2 andares. Primeiro andar residência da filha e o 2º andar residência do Sr. J.M e sua esposa. Acesso ao 2º andar por escadas sem elevador. Acesso ao 2º andar pelas traseiras (quintal) com rampa seguida de 3 degraus. A casa é um T1 + 1 adaptada às necessidades de mobilidade do sr. J.M (andarilho e cadeira de rodas) e sua esposa. No quarto possui uma cama articulada, com outra cama não articulada próxima à anterior.

Centro de Saúde – ACES A

Enfermeira responsável – Enfermeira Teresa Gadanho

## Antecedentes Pessoais

Utente desde Setembro de 2012 encontrava-se acamado após lhe ter sido diagnosticado Linfoma não-hodgkin de células B de alta malignidade, estadio IV, com alto risco segundo o índice internacional de prognóstico e com bloqueio completo a nível D3 com compressão concêntrica da medula por massa tumoral, submetido a laminectomia descompressiva.

Desde Novembro de 2012 e após lhe ter sido diagnosticado linfoma não-hodgkin o utente foi submetido a tratamento de radioterapia e quimioterapia.

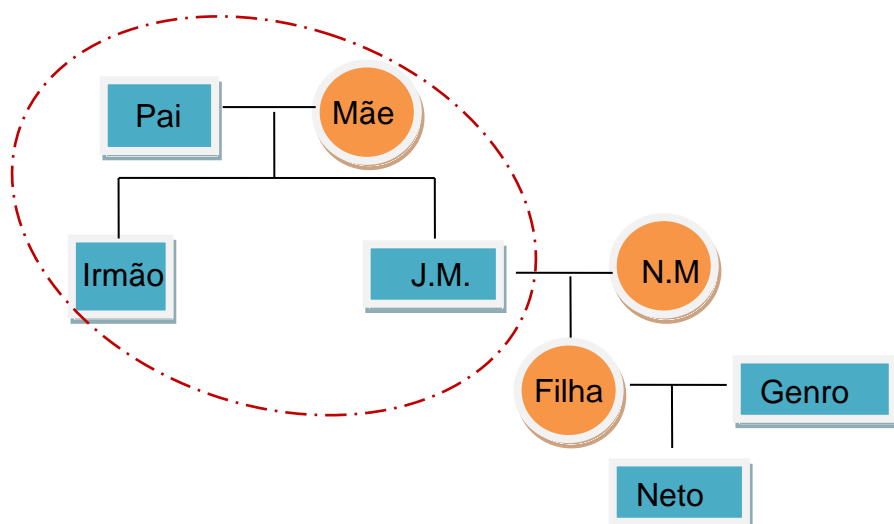
Em Maio de 2013 utente foi submetido a ressecção alargada da extremidade proximal do fémur direito e reconstrução com prótese modular PGR da anca direita por lesão metastática do linfoma não-hodgkin da extremidade proximal do fémur direito.

Apresenta outros antecedentes pessoais tais como hipertensão arterial; herniorrafia inguinal à esquerda; amigdalectomia; doença osteoarticular degenerativa; prótese bilateral dos joelhos (direito há 2 anos; esquerdo há 10 anos); dislipidémia; infeção por vírus herpes Zoster; hiperuricemia; hipertrofia benigna da próstata; gastrite / duodenite; diverticulose da sigmoide; hérnia umbilical.

### Antecedentes Familiares

Desconhecidos

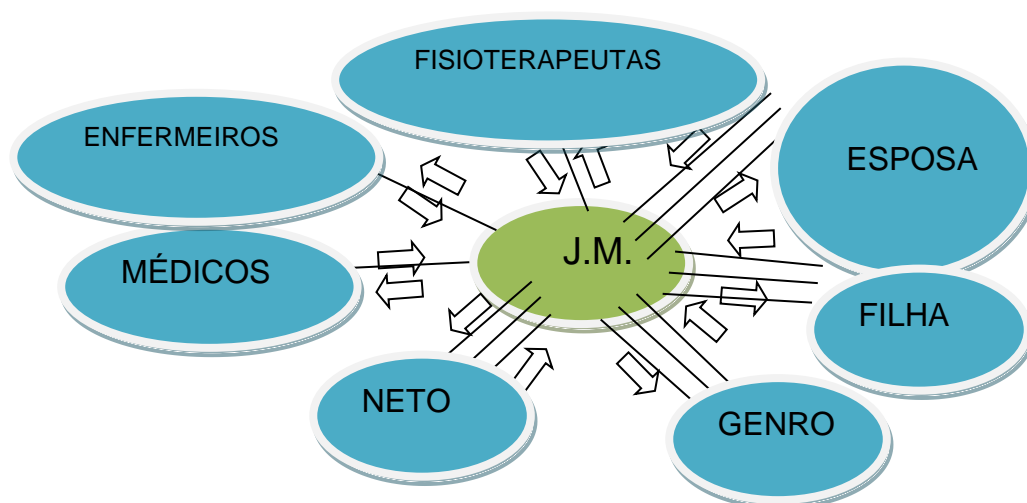
### Genograma



Legenda:



## Ecomapa



### Legenda:

#### Intensidade da relação:

/ Casual

/// Muito forte

→ Fluxo de energia

### Terapêutica em Ambulatório

Diovan 80mg / dia	Lactulose 3x dia
Alopurinol 100mg / dia	Sinvastatina 20mg / dia
Omeprazol 40mg / dia	Jurnista 8mg / dia
Metoclopramida 10mg / 3xdia	Domperidona 10mg / 3xdia
Motilium SOS	Sucralfato 3x dia

### Motivo de internamento na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (EC CI)

Referenciado à equipa de cuidados continuados integrados pelo serviço de hematologia do hospital São Francisco Xavier (HSFX), para continuidade do programa de reabilitação motora, desde 18.06.2013.

### História de doença atual

Utente de 76 anos de idade com Linfoma Não-Hodgkin de células B de alta malignidade, estadio IV, com alto risco segundo o índice internacional de prognóstico, com bloqueio completo a nível D3 com compressão concêntrica da medula por massa

tumoral, submetido a laminectomia descompressiva em setembro de 2012. Desde então com necessidade de utilização de colete de JEWET para levantar e transferências. Acamado desde então e com dependência de terceiros parcial ou total nas atividades de vida diárias.

Seguido em hematologia no HSFX, encontrando-se em período de remissão da doença oncológica após ter completado tratamento com quimioterapia e realizado exames complementares de diagnóstico.

Em maio de 2013 por lesão metastática do linfoma não-hodgkin da extremidade proximal do fémur direito foi submetido, no Hospital Universitário de Coimbra, a ressecção alargada da extremidade proximal do fémur direito e reconstrução com prótese modular PGR da anca direita. Cirurgia e pós-operatório sem intercorrências, com consultas de reavaliação ortopédica.

Com programa de reeducação funcional motora 2x por semana (3ª e 5ª) no HSFX.

Em Junho de 2013 foi referenciado à ECCL, pelo serviço de hematologia do HSFX, para continuidade do programa de reabilitação no domicílio, com enfermagem de reabilitação 3x por semana (2ª, 4ª e 6ª).

### **Avaliação Inicial por parte da Enfermeira Especialista em Reabilitação na ECCL (06.2013)**

Utente orientado no tempo, espaço e pessoa. Aparentemente pouco informado da evolução da situação clínica. Apresenta pele hidratada e ligeira palidez cutânea. Pele íntegra.

Utente dependente em grau elevado na AVD alimentação, por não poder fazer a posição de sentado. Refere ainda anorexia, com dieta hipoproteica, com hidratos de carbono e de consistência mole.

Apresenta paraprésia, com repercussões na marcha e diminuição da sensibilidade. Relativamente à força muscular, segundo a escala de Lower, apresenta nos MSs 5 / 5, MIE 4/5 e MID 3/5. Realiza movimentos ativos livres dos MIs, articulação tibio-társica, joelho e coxo femoral esquerda. À direita com indicação para manter repouso até nova avaliação ortopédica, apresenta contra-indicação de realizar levantar, nem manter-se sentado.

Tem como ajudas técnicas colchão anti escaras, cama articulada alugada e cadeira de rodas.

Apresenta controlo de esfíncteres mantido.

Ensinos realizados: prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas, posicionamentos, comportamento de procura de saúde, adesão ao regime terapêutico, ajudas técnicas, controlo de esfíncteres.

Atividade de Vida Diária	Grau de Dependência	Justificação
Alimentar-se	Grau elevado	Não pode fazer posição de sentado
Higiene	Grau elevado	Banho na cama – contra indicação para levantar
Uso sanitário	Grau elevado	Eliminação na fralda
Posicionar-se	Grau elevado	Tem contra indicação para o levantar

#### **Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação (4.10.2013)**

##### Sinais Vitais

TA: 128 / 75 mmHg

FC: 86 bpm

FR: 16 cpm

T°C: 36,5°C (temperatura axilar)

Dor: Zero na escala numérica de 0 (dor mínima) a 10 (dor máxima).

##### Avaliação Neurológica

*ESTADO DE CONSCIÊNCIA* – Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Segundo a escala de Glasgow apresenta um score de 15.

*ATENÇÃO/MEMÓRIA* – sem alterações.

Na avaliação da memória recorreu-se a exercícios de memorização de palavras não relacionadas (com repetição imediata e 5 minutos depois) (memória imediata e recente), eventos (o que ingeriu ao pequeno-almoço) (memória recente) e situações (onde cresceu) (memória remota).

## *AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS*

I – olfativo; II – Ótico; III - Oculomotor comum; IV – Patético e VI – Oculomotor externo; V – Trigêmio; VII – Facial; VIII – Estado-acústico; IX – Glossofaríngeo; X – Vago; XI – Espinhal; XII – Grande Hipoglosso

Sem alterações na avaliação dos pares cranianos

## *AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE*

Sem alterações a nível da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e sem alterações a nível da sensibilidade profunda (sentido de pressão, vibratória ou postural).

## *AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR*

Utilizada a escala de Lower

- ✓ Pescoço (Flexão/Extensão; Inclinação Lateral; Rotação) – Força 5/5;
- ✓ Ombro (Elevação/Depressão; Adução/Abdução; Rotação Interna/Externa) – Força 5/5;
- ✓ Cotovelo (Flexão/Extensão) – Força 5/5;
- ✓ Antebraço (Supinação/Pronação) – Força 5/5;
- ✓ Punho (Flexão/Extensão; Desvio Radial/Cubital) – Força 5/5;
- ✓ Dedos (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Oponência) – Força 5/5;

Relativamente aos membros inferiores

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	GRAU DE FORÇA
<b>Membro Inferior Esquerdo</b>		
<b>Coxo femural</b>	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Adução	5/5
	Abdução	5/5
	Rotação interna	5/5
	Rotação externa	5/5
<b>Joelho</b>	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
<b>Tibio-társica</b>	Flexão plantar	5/5
	Flexão dorsal	5/5
	Inversão	5/5
	Eversão	5/5



<b>Dedos</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Adução	4/5
	Abdução	4/5

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	GRAU DE FORÇA
<b>Membro Inferior Direito</b>		
<b>Coxo femural</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Adução	4/5
	Abdução	4/5
	Rotação interna	4/5
	Rotação externa	4/5
<b>Joelho</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
<b>Tibio-társica</b>	Flexão plantar	4/5
	Flexão dorsal	4/5
	Inversão	4/5
	Eversão	4/5
<b>Dedos</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Adução	4/5
	Abdução	4/5

### *AVALIAÇÃO DO TONUS MUSCULAR*

Membros superiores sem alterações em termos de tônus muscular. MID apresenta tônus normal (0), e MIE apresenta (1), segundo a escala modificada de Ashworth.

### *AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DOS MOVIMENTOS*

Membros superiores: Prova indéx-nariz, prova de indicação de baranay, prova dos movimentos alternados sem alterações.

Membros inferiores: Prova calcanhar Joelho. MID sem alterações. MIE incapaz de realizar esta prova.

### *EQUILIBRIO*

Avaliação realizada com colete de Jewet

Posição Sentado: Apresenta equilíbrio estático (com correto alinhamento corporal) e dinâmico.

Posição ortostática: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico (com necessidade de corrigir o alinhamento corporal), com recurso a andarilho.

## AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Escala Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS		
SEM AJUDA	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
	(6) Independência modificada (ajuda técnica)	
AJUDA	(5) Supervisão	Dependência Modificada
	(4) Ajuda mínima (indivíduo > = 75%)	
	(3) Ajuda mínima (indivíduo > = 50%)	
	(2) Ajuda mínima (indivíduo > = 25%)	
	(1) Ajuda mínima (indivíduo > = 0%)	

		SCORE
AUTO – CUIDADOS		
A	Alimentação	5
B	Higiene Pessoal	3
C	Banho (lavar o corpo)	3
D	Vestir metade superior	4
E	Vestir metade inferior	1
F	Utilização da sanita/Wc	1
CONTROLE DE ESFINCTERES		
G	Controle de urina	5
H	Controle de Fezes	5
MOBILIDADE (Transferências)		
I	Leito, cadeira, cadeira de rodas	5
J	Wc / sanita	1

K	Banheira / Chuveiro	1
LOCOMOÇÃO		
L	Marcha / cadeira de rodas	3
M	Escadas	1
COMUNICAÇÃO		
N	Compreensão	7
O	Expressão	7
COGNIÇÃO SOCIAL		
P	Interação Social	7
Q	Resolução de problemas	7
R	Memória	7
TOTAL		73

#### Escala Medida de Avaliação Funcional (MAF)

NÍVEIS		
SEM AJUDA	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
	(6) Independência modificada (ajuda técnica)	
AJUDA	(5) Supervisão	Dependência Modificada
	(4) Ajuda mínima (indivíduo > = 75%)	
	(3) Ajuda mínima (indivíduo > = 50%)	
	(2) Ajuda mínima (indivíduo > = 25%)	
	(1) Ajuda mínima (indivíduo > = 0%)	

		SCORE
AUTO – CUIDADOS		
A	Alimentação	7
B	Higiene Pessoal	3
C	Banho (lavar o corpo)	3
D	Vestir metade superior	4

E	Vestir metade inferior	1
F	Utilização da sanita/Wc	1
G	Engolir	7
CONTROLE DE ESFINCTERES		
H	Controle de urina	6
I	Controle de Fezes	6
MOBILIDADE (Transferências)		
J	Leito, cadeira, cadeira de rodas	4
K	Wc / sanita	1
L	Banheira / Chuveiro	1
M	Carro	4
LOCOMOÇÃO		
O	Marcha / cadeira de rodas	3
P	Escadas	1
Q	Acesso à comunidade	3
COMUNICAÇÃO		
R	Compreensão	7
S	Expressão	7
T	Ler	6
U	Escrever	6
V	Falar de forma inteligível	7
ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL		
X	Estado emocional	7
W	Adaptação às limitações	7
Z	Empregabilidade	1
FUNÇÃO COGNITIVA		
I	Interação Social	7
II	Resolução de problemas	7
III	Memória	7
IV	Orientação	7
V	Atenção	7
VI	Avaliação da Segurança	7
TOTAL		145



# PLANO DE CUIDADOS

## Requisitos de Autocuidado

Requisitos de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<b>Manutenção de inspiração de ar suficiente;</b>	Sem alterações do ciclo respiratório;	Não apresenta défice de autocuidado conhecido;	
<b>Manutenção de ingestão suficiente de água;</b>	Não ingeria a quantidade adequada de água por dia;	Incentivado a realizar um aporte de ingesta hídrica adequado às suas necessidades;	Sistema de Enfermagem educativo e de suporte;
<b>Manutenção de ingestão suficiente de alimentos;</b>	Ingeria uma dieta geral, realizando 3 refeições por dia. Refeições essas que são muito condimentadas e à base de fritos.	Realizada avaliação por parte da dietista e orientada dieta mais adequada ao tipo de necessidades e gostos do próprio. Dieta mais fracionada ao longo do dia (6 refeições por dia).	Sistema de Enfermagem educativo e de suporte;
<b>Promoção dos cuidados associados com a eliminação;</b>	Utilizava a casa de banho para os cuidados relacionados com a eliminação de uma forma autónoma; Usava cuecas;	Urina no urinol de forma autónoma e evacua na arrastadeira (com colaboração da esposa para a colocação da mesma).	Sistema de enfermagem educativo e de suporte;
<b>A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso:</b>	Anteriormente tinha o dia ocupado entre a atividade profissional e a vida pessoal, com períodos de descanso entre 6 e 7 horas por noite.	Fisioterapia às 3ª e 5ª no HSFX; e programa de Reeducação funcional motora com ECCI às 2ª, 4ª e 6ªf.  Refere que descansa cerca de 7/8 horas durante a noite, mas que durante o dia gosta de dormir a sua cesta.	

<p><b>A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social:</b></p>	<p>Interagia diariamente com a família.</p>	<p>Durante o dia permanece no leito. Nos dias de prestação de cuidados por parte da ECCI, realiza levante e por vezes fica na cadeira de rodas quando tem mais tarde a visita do genro que o ajuda a deitar.</p> <p>Nos restantes dias permanece mais tempo no leito, só fazendo levante e treino de marcha com andarilho quando está o genro ou neto presente. Permanece na companhia da esposa em casa 24h.</p> <p>A família visita-o diariamente, interage com a equipa que presta cuidados de higiene, com os elementos da ECCI e com a equipa do HSFEX.</p> <p>Mantém-se contactável pelo telefone.</p> <p>Espera todos os dias para almoçar com a filha, na hora de almoço que esta possui.</p> <p>Ao fim de semana a família (filha, genro e neto) estão presentes.</p>	
<p><b>A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano</b></p>	<p>Sem riscos identificados</p>	<p>Neste momento com baixo risco de queda na escala de Morse.</p> <p>Mantém-se motivado quanto à sua recuperação, e com força de vontade para realizar exercícios em casa, com boa evolução em termos de fortalecimento muscular e equilíbrio.</p>	<p>Sistema de enfermagem educativo e de suporte.</p>

<b>A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.</b>	Era autónomo em todas as suas atividades de vida diárias;	<p>Neste momento consegue de uma forma parcialmente dependente satisfazer as atividades de vida diárias: Higiene, de uma forma autónoma consegue vestir, despir e arrumar-se (parte superior do corpo), mobilizar-se na cama e cadeira de rodas.</p> <p>Para efetuar transferências (leito – cadeira, cadeira – leito) necessita de ajuda e supervisão.</p> <p>Consegue deambular com auxílio de andarilho mas ainda com pouca força a nível dos Mis e MSs para realizar carga.</p> <p>Apresenta também algum cansaço a esforços, com necessidade de realizar algumas pausas e sentar-se na cadeira de rodas, aquando da marcha.</p>	<p>Sistema de enfermagem parcialmente compensatória nos cuidados de higiene;</p> <p>Sistema de enfermagem educativo e de suporte para todas as atividades que consegue realizar.</p> <p>Sistema de enfermagem totalmente compensatório para exercícios de treino de marcha, equilíbrio dinâmico na posição de pé e sentado.</p>





## **RESUMO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

Resumo dos problemas identificados na primeira avaliação, ou visita domiciliar (4.10.2013)

- Défice na ingestão de água suficiente *relacionado com* não gostar de água.
- Ingestão inadequada de alimentos *relacionado com* diminuição do paladar devido aos tratamentos de quimioterapia.
- Défice de autocuidado de promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal *relacionado com* necessidade de ajuda na satisfação das AVDs.

Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
<b>04.10.2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Défice na ingestão de água suficiente <i>relacionada com</i> o não gostar de água;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restabelecer a ingesta hídrica adequada às necessidades do Sr. J.M.;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procurar junto do Sr. J.M. os motivos que o levam a referir não gostar de água.</li> <li>Procurar junto do Sr. J.M. estratégias para ingerir maiores quantidades de água (por exemplo... chá, sumos naturais etc..).</li> <li>Procurar incorporar a esposa nesta necessidade, procurando juntamente com esta novas estratégias a adotar.</li> <li>Dar reforço positivo por todos os ganhos.</li> </ul>	<b>4.12.2013</b> O Sr. J.M. faz um esforço diário para ingerir 1l de água. Refere que continua a não gostar de água, mas que a sua esposa lhe faz chás e sumos naturais que vai bebendo ao longo do dia.

Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
<b>04.10.2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingestão inadequada de alimentos <i>relacionado com</i> diminuição do paladar devido aos tratamentos de quimioterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restabelecer a ingestão de alimentos adequada às necessidades do Sr. J.M.;</li> <li>Que o Sr. J.M. perca pesos e obtenha o peso ideal para a sua estatura e necessidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procurar junto do Sr. J.M. os motivos que o levam a gostar de uma alimentação menos equilibrada – desmitificar algumas ideias pré-concebidas (ingestão de alimentos mais condimentados por apresentar diminuição do paladar – ideia partilhada também pela esposa).</li> <li>Procurar que o Sr. J.M. tenha uma dieta mais polifracionada e mais hipocalórica;</li> </ul>	<b>4.12.2013</b> Avaliação por parte da nutricionista realizada a 15.11.2013, reforçando ideia da importância de realizar uma alimentação mais polifracionada e hipocalórica, mais à base de grelhados e cozidos, legumes e fibras. Reduzir as alimentações muito condimentadas. Desmitificadas algumas ideias pré-concebidas sobre a perda de paladar e os alimentos muito condimentados. Notória perda de peso por parte do Sr. J.M.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar que a esposa confeccione refeições mais equilibradas, alterando os alimentos fritos para os cozidos, ou grelhados. Alimentações ricas em vegetais e fibras. Refeições menos condimentadas.</li> <li>- Procurar junto do Sr. J.M. e esposa estratégias para conseguir perder peso.</li> <li>- Pedir apoio à nutricionista da ECCI.</li> <li>- Dar reforço positivo por todos os ganhos.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
<b>04.10.2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défice autocuidado de promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal <i>relacionado com</i> necessidade de ajuda na satisfação das AVDs.</li> </ul>	<p>Que o Sr. J.M. consiga ser o mais Autônomo possível nas AVDs;</p> <p>Que o Sr. J.M. mantenha a motivação para a aquisição de maior autonomia nas AVDs;</p> <p>Que o Sr. J.M. se sinta seguro nas transferências e na deambulação evitando acidentes e/ou quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar o Sr. J.M. e a sua esposa para o auto-cuidado, através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar o nível da cama o mais baixo possível, sempre com as grades para cima e com as rodas travadas;</li> <li>- Assegurar que os objetos de constante uso estão ao alcance e sempre arrumados no mesmo local;</li> <li>- Assegurar adequada iluminação na área de movimentação e manter essa mesma área o mais livre de objetos possível para facilitar deambulação do Sr.</li> <li>- Colocação correta do colete de Jewet</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>9.10.2013</b></p> <p>O Sr. J.M. muito motivado para a sua recuperação. Realizados exercícios com mobilizações ativas resistidas com o recurso à mão da enfermeira para fortalecimento muscular a nível dos MIs. Realizada transferência para a posição de sentado no leito, com ajuda parcial do utente. Realizada transferência da posição de sentado para a posição de pé com auxílio do andarilho. Realizado treino de marcha com andarilho e ajuda parcial por parte da enfermeira (apoio bilateral a nível dos MSs) até metade do corredor. Utente muito cansado tendo que descansar na cadeira de rodas.</p>

		<p>Promover a reeducação funcional sensório motora (treino de marcha, treino do equilíbrio sentado ou em pé, coordenação motora, mobilizações ativas e passivas, transferências);</p> <p>Preservar e recuperar a amplitude dos movimentos dos MIs;</p> <p>Preservar a flexibilidade;</p> <p>Melhorar o equilíbrio;</p> <p>Facilitar as atividades no leito;</p> <p>Preparar o Sr. J.M para a posição de sentado e ortostática;</p> <p>Manter a integridade das estruturas articulares;</p> <p>Manter o equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática;</p> <p>Aumentar a força muscular dos MIs;</p> <p>Minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade;</p> <p>Prevenir e/ou inibir a instalação de espasticidade e suas complicações;</p> <p>Reeducar o mecanismo do reflexo postural.</p>	<p>essencial para o levante do Sr. J.M. – ensino à esposa e família de como se coloca o colete;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização adequada do andarilho, fazendo com que o Sr. J.M. reconheça os seus limites;</li> <li>- Colocar a cadeira de rodas junto do Sr. aquando da deambulação para o mesmo descansar quando este se encontra cansado;</li> </ul> <p><b>Vestir/despir e arrumar-se</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a escolha da roupa no dia anterior para o dia seguinte;</li> <li>- Permitir que seja o Sr. J.M. a vestir a roupa que consegue – incentivar o Sr. J.M. a que seja o próprio a vestir-se;</li> <li>- Utilizar vestuário prático e adaptado à temperatura ambiente;</li> <li>- Utilizar calçado adequado (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) de forma a facilitar o treino de carga e de marcha;</li> <li>- Utilizar técnicas que permitam alguma autonomia:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calçadeira de cabo comprido para calçar;</li> <li>✓ Preferir roupa e calçado com velcro, aos fechos de correr, botões e atacadores;</li> <li>✓ Preferir calças de elástico a calças com botões ou fechos de correr.</li> </ul>	<p><b>11.10.2013</b></p> <p>Aquando da chegada da enfermeira utente já se encontrava a realizar automobilizações e exercícios com mobilizações ativas resistidas com recurso a calcanheira de 1kg no leito. Realizados exercícios a nível dos MIs com mobilizações ativas resistidas com recurso à mão da enfermeira. Realizada transferência para a posição de sentado no leito, com ajuda parcial do utente. Realizada transferência da posição de sentado para a posição de pé com auxílio do andarilho. Realizado treino de marcha com andarilho e ajuda parcial por parte da enfermeira (apoio bilateral a nível dos MSs) até metade do corredor. Utente muito cansado tendo que descansar na cadeira de rodas.</p> <p><b>14.10.2013</b></p> <p>Aquando da chegada da enfermeira utente já se encontrava a realizar automobilizações e exercícios com mobilizações ativas resistidas com recurso a calcanheira de 1kg no leito. Realizados exercícios a nível dos MIs com mobilizações ativas resistidas com recurso à mão da enfermeira. Realizada transferência para a posição de sentado no leito, com ajuda parcial do utente. Realizada transferência da posição de sentado para a posição de pé com auxílio do andarilho. Realizado treino de marcha com andarilho e ajuda parcial por parte da enfermeira (apoio bilateral a nível dos MSs) até final</p>
--	--	---	--	---

			<p><b>Mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação de como vai decorrer;</li> <li>- Pedir a colaboração, com a finalidade de o responsabilizar pela sua recuperação;</li> <li>- Proporcionar, se possível, um ambiente calmo, isento de barulho;</li> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Avaliar a motricidade;</li> <li>- Avaliar o tônus muscular, através da escala modificada de Ashworth;</li> <li>- Avaliar a força muscular através da escala de Lower;</li> <li>- Executar mobilizações ativas, ativas assistidas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares dos MIs;</li> <li>- Executar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal do Sr. J.M.;</li> <li>- Estimular o Sr. J.M. a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a reintegrar cognitivamente o esquema corporal e a promover o engrama motor;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a realização de atividades terapêuticas no leito (ponte, rolar para ambos os lados);</li> <li>- Incentivar a realizar mobilizações ativas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares dos MIs (com recurso a um peso de 1 kg quando sozinho e com</li> </ul>	<p>do corredor. Utente cansado tendo que descansar na cadeira de rodas.</p> <p><b>18, 21 e 25.10.2013</b>  Quando da chegada da enfermeira utente já se encontrava a realizar automobilizações e exercícios com mobilizações ativas resistidas com recurso a calcanheira de 1kg no leito. Realizados exercícios a nível dos MIs com mobilizações ativas resistidas com recurso à mão da enfermeira. Realizada transferência para a posição de sentado no leito, com ajuda parcial do utente. Realizada transferência da posição de sentado para a posição de pé com auxílio do andarilho. Realizado treino de marcha com andarilho apenas com supervisão por parte da enfermeira. Utente conseguiu percorrer todo o corredor até à porta de entrada de sua casa. Utente volta para o quarto sem realizar nenhuma pausa. Sr. J.M. muito motivado com início da construção de rampa de acesso no seu quintal desde o portão até à porta de casa.</p> <p><b>13, 20, 25, 27.11.2013 e 4.12.2013</b>  Utente continua a realizar diariamente automobilizações e exercícios com mobilizações ativas resistidas com recurso a calcanheira de 1kg no leito. Realizados exercícios a nível dos MIs com mobilizações ativas resistidas com recurso à mão da enfermeira. Realizada transferência para a posição de sentado no leito, com ajuda parcial do utente.</p>
--	--	--	---	--

			<p>recurso à resistência da mão da enfermeira);</p> <p>-Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</p> <p>-Ensinar e estimular a realização de exercícios de fortalecimento muscular das coxas, glúteos com exercícios isométricos e exercícios ativos;</p> <p>- Ensinar e instruir o Sr. J.M. sobre técnicas de exercício muscular e articular [auto-mobilizações] dos MIs;</p> <p>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular [auto-mobilizações] do Mis;</p> <p>- Exercícios de equilíbrio estático sentado e equilíbrio dinâmico sentado;</p> <p>- Supervisionar as transferências do leito para a cadeira de rodas; do leito para a posição de pé com apoio do andarilho; da cadeira de rodas para o leito e da posição de pé com andarilho para o leito;</p> <p>- Proceder aos registos de atividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação do Sr. J.M.;</p> <p>- Envolver a família nos cuidados.</p>	<p>Realizada transferência da posição de sentado para a posição de pé com auxílio do andarilho.</p> <p>Utente refere que muitas vezes já realiza levante apenas com a colaboração da esposa. Refere que já se sente mais autónomo e não tão dependente de terceiros.</p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho. Continua a necessitar apenas de supervisão por parte da enfermeira. Utente consegue percorrer todo o corredor até à porta de entrada de sua casa e voltar para o quarto sem realizar nenhuma pausa.</p> <p>Realizada subida e descida da rampa de acesso no quintal agora terminada com recurso a andarilho.</p>
--	--	--	--	--

## CONCLUSÃO

Nesta situação clínica foi evidente o trabalho dos enfermeiros especialistas de reabilitação, em conjunto com o Sr. J.M. e sua família, na recuperação da autonomia para o seu dia-a-dia e atividades de vida diárias.

É notória a motivação crescente que este utente apresenta na sua recuperação e na disponibilidade que tem para com a equipa.

São estas situações que dão visão ao trabalho que é realizado, e pode ser realizado, pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Hoje o Sr. J.M. já é capaz de sair leito, praticamente sem ajuda, e deambular pela casa. Ainda apresenta alguma limitação na subida e descida da rampa com andarilho.

Continua-se a trabalhar em conjunto com o utente e família no hábito de estilos de vida mais saudáveis nomeadamente no que toca à alimentação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª edição) Loures: Lusodidata.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência

## **APÊNDICE IV**

### **Estudo de Caso - Pneumologia**





**4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Pneumologia**

## **PLANO DE CUIDADOS ENFERMAGEM REABILITAÇÃO**

**Cláudia Alexandra A. G. Branco**

**Profº. Orientador Miguel Serra**

**Enfermeiras Orientadoras Marlene Linhares e Carla Pinto**

**Lisboa**

**Fevereiro de 2014**

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>2</b>
<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>3</b>
<b>PLANO DE CUIDADOS</b>	<b>23</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>46</b>

# INTRODUÇÃO

O ensino clínico decorre num serviço de pneumologia hospitalar.

A equipa de enfermagem é constituída por 17 enfermeiros, dos quais 2 elementos são de coordenação e possuem a especialidade médico-cirúrgica; 1 enfermeiro com especialidade de saúde mental; 1 enfermeiro com especialidade de médico-cirúrgica; e 6 enfermeiros com especialidade de reabilitação. Só uma das enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação é que trabalha em turno fixo, de resto todos os outros trabalham em horário rotativo que permite uma melhor abordagem ao utente internado e um melhor acompanhamento do mesmo, relativamente aos cuidados de reabilitação prestados.

Este plano de cuidados diz respeito à utente M.J.G., internada no serviço desde o dia 10 de janeiro, por agravamento da DPOC, com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória e motora.

# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## Identificação do utente

Nome – M.J.G.

Data de Nascimento – 3 de Agosto de 1946

Idade – 67 anos

Sexo – Feminino

Raça – Leucodérmica

Estado civil – Casado

Estado Profissional – Reformado

Nacionalidade – Portuguesa

Naturalidade – Alcochete

Residência – Lisboa

Agregado Familiar – Vive com marido e filho mais novo. Tem ainda apoio de mais um filho e nora.

Pessoa Significativa – Marido

Cuidador – Marido

Residência – Apartamento R/c com três degraus de acesso ao mesmo.

Centro de Saúde – USF sétima colina

## Antecedentes Pessoais

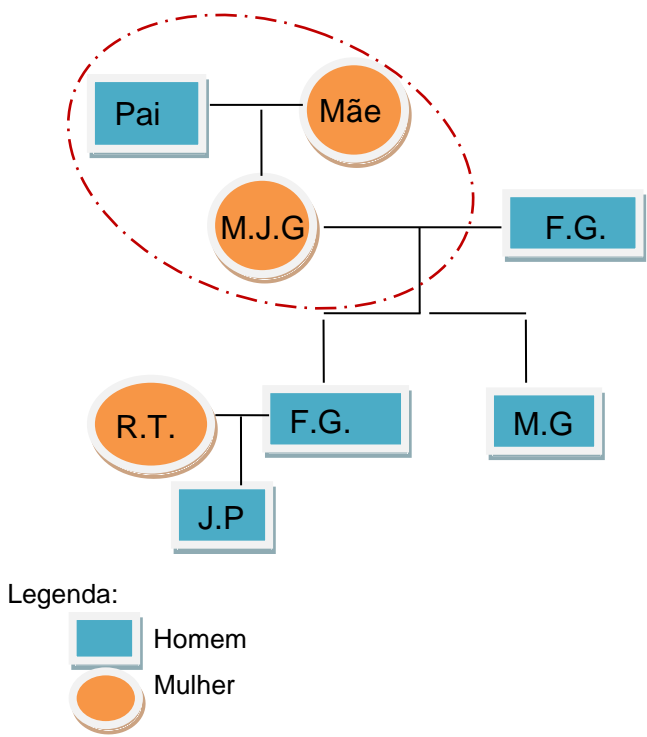
Obesidade, diabetes mellitus tipo II não insulino tratada, hipertensão arterial, patologia cardíaca não especificada, DPOC / SAOS com hábitos tabágicos no passado (seguida em consulta externa de pneumologia do Hospital de Santa Marta), insuficiência venosa crónica dos membros inferiores, patologia osteoarticular degenerativa, dislipidémia.

Desconhece alergias.

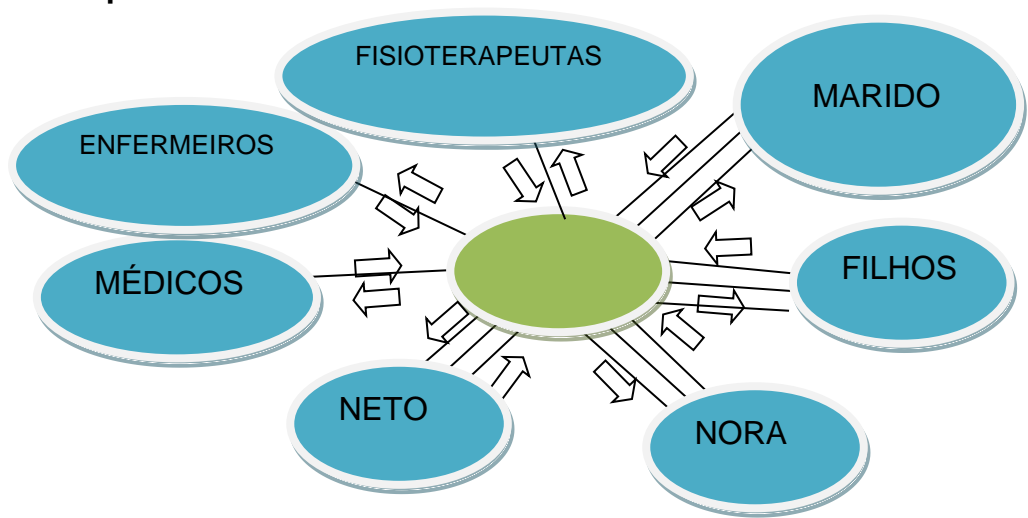
## Antecedentes Familiares

Desconhecidos

Genograma



Ecomapa



Legenda:

Intensidade da relação:

- / Casual
- /// Muito forte
- Fluxo de energia



### **Terapêutica em Ambulatório**

Singulair	Spiriva
Serevent	Budesonido
Cyclo 3	AAS
Sinvastatina	Enalapril
Furosemida	Alopurinol
Metformina	

### **Motivo de internamento no serviço de pneumologia**

Deu entrada no serviço de pneumologia no dia 10.01.2014 transferida do serviço de medicina IV com o diagnóstico de DPOC e por necessidade de realizar ventilação não invasiva (VNI).

### **História de doença atual**

Utente de 67 anos de idade recorreu ao serviço de urgência (SU) no dia 24.12.2013 por quadro de astenia e cansaço com 2-3 dias de evolução, sem melhoria com broncodilatadores. Há ainda referência a náuseas, vômitos e diarreia, com uma semana de evolução e concomitantemente toma de Anti-inflamatórios não esteroides (AINES) por dores osteoarticulares difusas.

No SU hipotensa, taquicárdica, oligúrica, sem sinais de dificuldade respiratória e com discurso coerente. Constatada hipercaliémia grave (10,1) e acidémia mista no contexto de disfunção renal importante (HCO<sub>3</sub> 16, Ureia 231mg/dl, creatinina 5,74mg/dl, sumário de urina sem alterações). Electrocardiograma (ECG) com QRS alargado, tendo iniciado terapêutica farmacológica da hipercaliémia, sem efeito significativo (reavaliação com caliémia de 9,0), pelo que inicia diálise de urgência na unidade de urgências médicas (UUM).

Admitida na sala de diálise, com pressão arterial média (PAM) entre os 35-40mmHg, pelo que se iniciou preenchimento vascular e suporte aminérgico tendo-se admitido choque hipovolémico com lesão renal aguda no contexto de desidratação por vômitos e diarreia em doente diabética sob metformina, IECA e toma frequente de AINES.

Permaneceu na UUM do HSJ até dia 28.12.2013, durante este internamento:

. Infecioso: manteve-se apirética e sem aumento dos parâmetros inflamatórios; os exames culturais efetuados não mostraram isolamentos. Sedimento urinário com leveduras, pelo que iniciou fluconazol a 28.12.2013 e foi desalgaliada.

. Neurológico: inicialmente confusa no contexto de choque, tendo recuperado rapidamente sob a terapêutica médica instituída.

. Respiratório: sempre em ventilação espontânea com padrão de acidemia mista que resolveu após técnica de substituição da função renal e terapêutica broncodilatadora.

Concomitantemente resolução do padrão de sobrecarga hídrica de avaliação radiográfica da entrada. Aporte de oxigénio por óculos nasais a 2l/min.

. Cardiovascular: houve necessidade de suporte vasopressor com noradrenalina (até 60mcg/min) e que por normalização da PAM foi possível suspender a 27.12.2013. Lactato sempre inferior a 2mmol/L. À entrada realizou ecografia transtorácica que mostrou boa função sistólica e colapso VCI > 50%. Com a correção hipercaliémia houve normalização do ECG, apresentando-se em ritmo sinusal e com BCRD.

. Renal: Houve necessidade de uma sessão de SLEDD no dia da entrada, posteriormente manteve diurese espontânea, e progressiva recuperação dos marcadores de função renal (Ureia 97mg/dl; creatinina 2,39mg/dl; HCO<sub>3</sub> 27). Tem ecografia renal agendada para 30.12.2013. Mantem, no entanto hipercaliémia (6,3) pelo que iniciou resina permutadora de iões a 28.12.2013.

. Gastrointestinal: tolerou alimentação oral, trânsito intestinal mantido sem diarreia. Sem aumento dos índices de hepatocolestase.

. Hematológico: paulatino agravamento da hemoglobina (Hb) para 7.7 g/dl VGM 98,4, eventualmente no contexto de equimose cervical na tentativa de colocação de cateter venoso central (CVC) – sem outras discrasias hemorrágicas. Transfundida com uma unidade de concentrado de eritrócitos (UCE) a 28.12.2013, com boa resposta. Plaquetas e coagulação sem alterações.

. Metabólico: glicemias controladas sob protocolo da unidade, por doseamento de cortisol 18mcg/dl. Iniciou corticoterapia tendo-se admitido insuficiência supra-renal no contexto de choque. Eutiroideia.

Tem alta clínica transferida para os cuidados intermédios e posteriormente para o serviço de medicina 4 no dia 28.12.2013.

Durante o internamento na medicina 4:

Manteve-se vígil, orientada halo e autopsiquicamente. Ansiedade marcada. À auscultação pulmonar (AP) apresentava à entrada murmúrio vesicular (MV) diminuído bibasalmente e com alguns fervores na base esquerda. Membros inferiores com ligeiro edema pretibial bilateral com Godet +/-+++. CVC na região femoral direita.

Durante o internamento na medicina, foram isolados

30.12.2013	<i>Staphylococcus aureus</i>	Hemoculturas
2.01.2014	<i>Haemophilus influenzae</i>	Expectoração

Efetou TAC abdomino-pélvico que revelou derrame pleural, algo organizado (na porção inferior); na transição do lobo inferior direito (LID) para o lobo médio (LM) apresenta consolidação com pequena área cavitada. Face a foco pneumónico cavitado foi iniciada antibioticoterapia com clindamicina empírica.

A 8.01.2014 com fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida (+/-160bpm) e paralelamente agravamento respiratório, com maior dispneia e dessaturação – Gasimetria arterial (GSA) com acidémia respiratória (pH 7.32; PCO2 58; PO2 60.1; HCO3 29.3) pelo que iniciou ventilação não-invasiva (VNI) com BIPAP com parâmetros 18/6 com aporte de oxigénio a 2l/min.

A 9.01.2014 nova GSA com utente adaptada a BIPAP pH7.27; PCO2 69.9; PO2 54.3; HCO3 32; K 4.12; lactatos 6.9.

A 10.01.2014 utente foi transferida para o serviço de pneumologia, com os seguintes diagnósticos – DPOC agudizada; Pneumonia nosocomial a *Haemophilus influenzae*; derrame metapneumónico; insuficiência respiratória global com acidémia (com

necessidade de VNI); bacteriemia a MSSA; Doença Renal Crônica agudizada em contexto de desidratação.

À entrada no serviço de pneumologia, utente vígil, orientada, colaborante. Apirética, eupneica em repouso saturações periféricas de oxigénio (SPO2) 92-94% sob oxigénio a 1l/min por óculos nasais. Á AP – MV globalmente diminuído, alguns sibilos dispersos bilateralmente. Membros inferiores com edemas até mais ou menos metade distal das pernas. CVC na região subclávia esquerda. GSA à entrada com aporte de oxigénio a 1l/min por óculos nasais pH 7.30; PCO2 61.1; PO2 62.8; SPO2 94.6; HCO3 29.8; K 4.39; Na 134.3 e Hb 8.

Durante o internamento realizou a seguinte medicação

<b>Medicamento</b>	<b>Forma</b>	<b>Dose</b>	<b>Via Administração</b>	<b>Horário</b>
Salbutamol 100ug/dose	Aérea	4 aplicações	Bucal/nasal	0h, 6h, 12h, 18h
Brometo de ipatrópio 20ug/dose	Aérea	6 aplicações	Bucal/nasal	0h, 6h, 12h, 18h
Beclometasona 250ug/dose	Aérea	2 aplicações	Bucal/nasal	0h, 8h, 16h
Prednisolona 5mg	Comprimido	5mg	Oral	1id – 8h
Omeprazol 20mg	Capsula granulada	20mg	Oral	1id – 7h
Insulina humana 100 U.I./ml ação curta SE BMT 180/240	Solução injetável	4 U.I	Subcutânea	Pequeno- almoço, almoço, jantar
Insulina humana 100 U.I./ml ação	Solução injetável	6 U.I	Subcutânea	Pequeno- almoço, almoço, jantar

curta SE BMT 240/300				
Insulina humana 100 U.I./ml ação curta SE BMT 300/400	Solução injetável	8 U.I	Subcutânea	Pequeno-almoço, almoço, jantar
Insulina humana 100 U.I./ml ação curta SE BMT >400	Solução injetável	10 U.I	Subcutânea	Pequeno-almoço, almoço, jantar
Glucose 300mg/ml	Solução injetável	2g	Endovenoso	Pequeno-almoço, Almoço e Jantar
Cloreto de sódio 9mg/ml frasco 500ml	Solução perfusão	1000ml	Endovenosa	Continua
Amiodarona 200mg	Comprimido	400mg	Oral	1id – 8h
Furosemida 40mg	Comprimido	40mg	Oral	1id – 17h
Enoxaparina sódica 40mg/0,4ml	Solução injetável	40mcg	Subcutânea	1id – 12h
Lorazepam 2.5mg	Comprimido	2.5mg	Oral	2id – 0h, 12h
Zolpidem 10mg	Comprimido	10mg	Oral	1id – 24h
Cefuroxima 500mg	Comprimido	500mg	Oral	2id – 8h, 20h
Paracetamol 500mg	Comprimido	500mg	Oral	3id – 8h, 16h, 24h

Hidroxizina 25mg	Comprimido	25mg	Oral	1id – 22h
<b>Prescrição Não Medicamentosa</b>				
Cabeceira elevada a 30º				
Glicemias antes do Pequeno-almoço, Almoço e Jantar				
Reforço Hídrico de 1000ml dia				
BIPAP 18-5 com oxigénio para SPO2 89%-92%, pausas para alimentação em que fica com oxigénio a 0.5l/min. Ajustar para SPO2 89%-92%				

### **Avaliação Inicial por parte da Enfermeira Especialista em Reabilitação no Serviço (10.01.2014)**

Utente orientada no tempo, espaço e pessoa. Apresenta pele hidratada e ligeira palidez cutânea. Pele integra. Edemas dos membros inferiores, com Godet ++++.

Foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo linguagem CIPE

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Grau de Dependência</b>	<b>Especificações</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Horário</b>
Alimentar-se	Reduzido		Supervisionar a pessoa a alimentar-se; Vigiar a refeição; Optimizar o posicionamento.	00h; 07h; 10h; 13h; 17h; 19h.
Auto-cuidado: Higiene	Elevado		Atender auto-cuidado: higiene no chuveiro; Aplicar creme; Massajar corpo.	9h;  Turno fixo; 9h.
Auto-cuidado: Uso sanitário	Moderado		Assistir no uso da arrastadeira; Providenciar arrastadeira; Assistir no auto-	Turno fixo;  Turno fixo;  Turno fixo;

			cuidado: uso do sanitário; Monitorizar eliminação urinária; Monitorizar eliminação intestinal.	Turno fixo;  Turno fixo.
Auto-cuidado: Posicionar-se	Moderado		Optimizar o posicionamento.	Turno fixo.
Auto-cuidado: vestuário	Moderado		Assistir auto-cuidado: vestir	9h.
Transferir-se	Moderado		Assistir a pessoa na transferência.	SOS
Andar	Moderado	Necessita de apoio na marcha	Assistir a pessoa a andar.	SOS
Queda		Risco de Queda	Manter grades da cama; Gerir medidas de segurança; Monitorizar risco de queda com escala de Morse.	Sem horário  Sem horário  (7 x 7 dias)
Dispneia	Moderado		Assistir na técnica de relaxamento. Vigiar respiração. Elevar cabeceira da cama. Incentivar o repouso. Gerir oxigenoterapia. Otimizar o posicionamento. Treinar técnica respiratória. Vigiar extremidades. Assistir nas técnicas	SOS  SOS SOS  SOS SOS SOS  SOS SOS

			respiratórias. Auscultar tórax. Instruir sobre técnica respiratória.	SOS SOS
Ventilação		Ventilação não eficaz	Vigiar equipamento BIPAP; Monitorizar condição ventilação através de dispositivo: BIPAP; Vigiar resposta ao dispositivo: BIPAP; Oxigenioterapia por óculos nasais a 1l/min; Monitorizar a satO2;  Monitorizar frequência respiratória Vigiar a respiração.	Manhã, tarde, noite Noite  Noite  Manhã, Tarde, Noite. Manhã, tarde, noite. Manhã, tarde, noite. Sem horário.
Expetorar		Realização de reabilitação respiratória	Auscultar tórax; Vigiar respiração; Vigiar a tosse; Assistir nas técnicas respiratórias; Assistir nas técnicas de relaxamento. Validar conhecimentos sobre inaloterapia. Instruir sobre inaloterapia através de inalador. Treinar inaloterapia através de inalador.	SOS 10h; 17h;00h SOS SOS SOS  7h,13h,19h, 00h  7h,13h,19h, 00h  7h,13h,19h, 00h



			Ensinar sobre inaloterapia através de inalador.	7h,13h,19h, 00h
Edema			Elevar membros inferiores. Massajar partes do corpo. Vigiar extremidades. Bandagem dos membros inferiores.	Turno Fixo;  Turno Fixo;  Turno fixo; Sem horário.
Úlcera de pressão	Moderado		Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden; Vigiar a pele; Aplicar creme.	(2x2 dias)   Turno fixo; Turno Fixo.
Infeção		Risco de infecção associado ao CVC na subclávia esquerda.	Monitorizar temperatura corporal. Executar tratamento ao local de inserção do cateter central; Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter central; Vigiar penso de cateter central.	18h.  9h; SOS  Sem horário  Sem Horário
Metabolismo energético		Alterado	Monitorizar glicémia capilar.	07h; 13h; 19h.
Rigidez articular		Fortalecimento muscular	Assistir na técnica de exercitação musculartoarticular ativa; Assistir no movimento articular ativo; Assistir a pessoa no	SOS  SOS  SOS

			posicionamento; Ensinar sobre a prevenção da rigidez articular; Incentivar movimento articular ativo; Instruir sobre a prevenção da rigidez articular; Otimizar o posicionamento; Treinar prevenção da rigidez articular.	SOS  SOS  SOS  SOS  SOS
Parâmetros vitais			Vigiar dor; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar tensão arterial. Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar saturações periféricas de oxigênio; Vigiar respiração; Monitorizar a dor através da escala da dor.	9; 17; 00h 9; 17; 00h 9; 17; 00h 9; 17; 00h. 9; 17; 00h. 9; 17; 00h. 9; 17; 00h. 9; 17; 00h. 9h; 17h; 00h.

### **Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação (16.01.2014)**

#### Sinais Vitais

TA: 121 / 77 mmHg

FC: 85 bpm

FR: 16 cpm

T°C: 36,5°C (temperatura timpânica)

Dor: Zero na escala numérica de 0 (dor mínima) a 10 (dor máxima).

### Avaliação Neurológica

*ESTADO DE CONSCIÊNCIA* – Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa.

Segundo a escala de Glasgow apresenta um score de 15.

*ATENÇÃO/MEMÓRIA* – sem alterações.

Na avaliação da memória recorreu-se a exercícios de memorização de palavras não relacionadas (com repetição imediata e 5 minutos depois) (memória imediata e recente), eventos (o que ingeriu ao pequeno-almoço) (memória recente) e situações (onde cresceu) (memória remota).

### *AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS*

I – olfativo; II – Ótico; III - Oculomotor comum; IV – Patético e VI – Oculomotor externo; V – Trigémio; VII – Facial; VIII – Estado-acústico; IX – Glossofaríngeo; X – Vago; XI – Espinhal; XII – Grande Hipoglosso

Sem alterações na avaliação dos pares cranianos

### *AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE*

Sem alterações a nível da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e sem alterações a nível da sensibilidade profunda (sentido de pressão, vibratória ou postural).

### *AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR*

Utilizada a escala de Lower

- ✓ Pescoço (Flexão/Extensão; Inclinação Lateral; Rotação) – Força 5/5;
- ✓ Ombro (Elevação/Depressão; Adução/Abdução; Rotação Interna/Externa) – Força 5/5;
- ✓ Cotovelo (Flexão/Extensão) – Força 5/5;
- ✓ Antebraço (Supinação/Pronação) – Força 5/5;
- ✓ Punho (Flexão/Extensão; Desvio Radial/Cubital) – Força 5/5;
- ✓ Dedos (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Oponência) – Força 5/5;

Relativamente aos membros inferiores

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	GRAU DE FORÇA
<b>Membro Inferior Esquerdo</b>		
<b>Coxo femural</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Adução	4/5
	Abdução	4/5
	Rotação interna	4/5
	Rotação externa	4/5
<b>Joelho</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
<b>Tibio-társica</b>	Flexão plantar	3/5
	Flexão dorsal	3/5
	Inversão	3/5
	Eversão	3/5
<b>Dedos</b>	Flexão	1/5
	Extensão	1/5
	Adução	1/5
	Abdução	1/5

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	GRAU DE FORÇA
<b>Membro Inferior Direito</b>		
<b>Coxo femural</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Adução	4/5
	Abdução	4/5
	Rotação interna	4/5
	Rotação externa	4/5
<b>Joelho</b>	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
<b>Tibio-társica</b>	Flexão plantar	3/5
	Flexão dorsal	3/5
	Inversão	3/5
	Eversão	3/5
<b>Dedos</b>	Flexão	1/5
	Extensão	1/5
	Adução	1/5
	Abdução	1/5

## *AVALIAÇÃO DO TONUS MUSCULAR*

Membros superiores e inferiores sem alterações em termos de tónus muscular.

## *AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DOS MOVIMENTOS*

Membros superiores: Prova indéx-nariz, prova de indicação de baranay, prova dos movimentos alternados sem alterações.

Membros inferiores: Prova calcanhar Joelho. Utente incapaz de realizar esta prova por edemas exacerbados.

## *EQUILIBRIO*

Posição Sentado: Apresenta equilíbrio estático (com alguma inclinação anterior do tronco) e dinâmico.

Posição ortostática: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico (com necessidade de corrigir o alinhamento corporal), com recurso a andarilho.

## *AVALIAÇÃO FUNCIONAL*

Escala Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS		
SEM AJUDA	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
	(6) Independência modificada (ajuda técnica)	
AJUDA	(5) Supervisão	Dependência Modificada
	(4) Ajuda mínima (indivíduo > = 75%)	
	(3) Ajuda mínima (indivíduo > = 50%)	
	(2) Ajuda mínima (indivíduo > = 25%)	
	(1) Ajuda mínima (indivíduo > = 0%)	

		SCORE
AUTO – CUIDADOS		
A	Alimentação	6
B	Higiene Pessoal	2
C	Banho (lavar o corpo)	2
D	Vestir metade superior	3
E	Vestir metade inferior	1
F	Utilização da sanita/Wc	3
CONTROLE DE ESFINCTERES		
G	Controle de urina	6
H	Controle de Fezes	6
MOBILIDADE (Transferências)		
I	Leito, cadeira, cadeira de rodas	2
J	Wc / sanita	2
K	Banheira / Chuveiro	2
LOCOMOÇÃO		
L	Marcha / cadeira de rodas	2
M	Escadas	1
COMUNICAÇÃO		
N	Compreensão	7
O	Expressão	7
COGNIÇÃO SOCIAL		
P	Interação Social	7
Q	Resolução de problemas	6
R	Memória	7
TOTAL		71

#### Escala Medida de Avaliação Funcional (MAF)

NÍVEIS		
SEM AJUDA	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
	(6) Independência modificada (ajuda técnica)	
AJUDA	(5) Supervisão	Dependência Modificada
	(4) Ajuda mínima (indivíduo > =	

	75%)	
	(3) Ajuda mínima (indivíduo > = 50%)	
	(2) Ajuda mínima (indivíduo > = 25%)	
	(1) Ajuda mínima (indivíduo > = 0%)	

		SCORE
AUTO – CUIDADOS		
A	Alimentação	6
B	Higiene Pessoal	2
C	Banho (lavar o corpo)	2
D	Vestir metade superior	3
E	Vestir metade inferior	1
F	Utilização da sanita/Wc	3
G	Engolir	7
CONTROLE DE ESFINCTERES		
H	Controle de urina	6
I	Controle de Fezes	6
MOBILIDADE (Transferências)		
J	Leito, cadeira, cadeira de rodas	2
K	Wc / sanita	2
L	Banheira / Chuveiro	2
M	Carro	1
LOCOMOÇÃO		
O	Marcha / cadeira de rodas	2
P	Escadas	1
Q	Acesso à comunidade	1
COMUNICAÇÃO		
R	Compreensão	7
S	Expressão	7
T	Ler	6

U	Escrever	1
V	Falar de forma inteligível	7
ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL		
X	Estado emocional	6
W	Adaptação às limitações	6
Z	Empregabilidade	1
FUNÇÃO COGNITIVA		
I	Interação Social	7
II	Resolução de problemas	6
III	Memória	7
IV	Orientação	7
V	Atenção	7
VI	Avaliação da Segurança	6
TOTAL		128

#### Avaliação subjetiva

**Tosse** – ineficaz

**Expetoração** – mucosa, fluida, escassa

**Dispneia** – Refere cansaço a esforços, após exercícios de reabilitação por exemplo.

#### Avaliação objetiva

**Inspeção** – Frequência respiratória entre os 18-20 ciclos por minuto; ritmo normal; amplitude média; padrão respiratório predominantemente torácico; movimentos respiratórios simétricos.

**Palpação** – frémito toraco vocal mantido.

**Percussão** – macicez.

**Auscultação pulmonar** – murmúrio vesicular diminuído em ambos os hemitorax. Apresenta discretos fervores no 1/3 superior esquerdo. Sem outros ruídos adventícios e/ou atritos pleurais.



## Exames complementares de diagnóstico

*Radiografia tórax referente a dia 13.01.2014*



À observação identifica-se um apagamento do seio costofrénico e cardiofrénico à direita, com hipotransparência da base do hemitorax direito, característico da existência de um derrame pleural.

GSA

Q<sub>2</sub> = 0,5 L/min

**Rapid systems**

logia  
asiv:

AMOSTRA ARTERIAL  
16.01.2014 12:29  
Nome sistema RL1265  
ID do sistema 1265-16400  
ID Pente 0  
Nome VVVVV

ACIDO/BASE 37.0 °C  
pH 7.355  
pCO<sub>2</sub> 55.81 mmHg  
pO<sub>2</sub> 65.91 mmHg  
pO<sub>2</sub> act 30.5 mmol/L  
pH (8) 4.2 mmol/L  
ctCO<sub>2</sub> 32.2 mmol/L

CO-OXIMETRIA  
Hct 26 %  
tHb 8.84 g/dL  
sO<sub>2</sub> 94.51 %  
FO<sub>2</sub>Hb 92.51 %  
FCOHb 1.91 %  
FMethHb 0.2 %  
FHhb 5.41 %

OXIGENAÇÃO 37.0 °C  
BO 12.0 mL/dL  
ctO<sub>2</sub> (a) 11.5 mL/dL

ELECTRÓLITOS  
Na<sup>+</sup> 136.5 mmol/L  
K<sup>+</sup> 4.75 mmol/L  
Ca<sup>++</sup> 1.24 mmol/L  
Cl<sup>-</sup> 105 mmol/L

METABÓLITOS  
Glucose 1171 mg/dL  
Lac 8.6 mg/dL  
754 mmHg

LIMITES DO PACIENTE  
pH 7.350 - 7.450  
pCO<sub>2</sub> 32.0 - 48.0  
pO<sub>2</sub> 83.0 - 102.0  
Na<sup>+</sup> 136.0 - 146.0  
K<sup>+</sup> 3.50 - 5.00  
Ca<sup>++</sup> 1.15 - 1.29  
Cl<sup>-</sup> 98 - 106  
Glucose 60 - 100  
Lac 5.0 - 14.0  
tHb 12.0 - 18.0  
FO<sub>2</sub>Hb 94.0 - 97.0  
FCOHb 0.0 - 0.8  
FMethHb 0.2 - 0.6  
FHhb 0.0 - 5.0

↓,↑=Fora dos limites

*Valores laboratoriais relevantes*

Hemoglobina – 7,5g/l

## Escalas usadas no serviço

Diagnóstico: SCOR      Data: 16/01/14  
 Avaliador: Cláudia Franco  
 Total Barthel: 38

### Escala de Barthel Modificada

O seguinte quadro apresenta os itens ou tarefas contados na escala de Barthel, com os valores correspondentes para a realização das tarefas.

	"Pode por si próprio"	"Pode com ajuda"	"Não pode"
<b>Nível de autonomia pessoal</b>			
1 – Beber por uma chaveira	(4)	0	0
2 – Comer	(6)	0	0
3 – Vestir a parte superior do corpo	(5)	3	0
4 – Vestir a parte inferior do corpo	7	4	(0)
5 – Colocar cinto ou suspensórios	0	-2	(não aplicável)
6 – Toalhetes pessoal	(5)	0	0
7 – Lavar-se ou tomar banho	(10)	5 (acidentes)	0 (incontinente)
8 – Controlar da urina	(10)	5 (acidentes)	0 (incontinente)
9 – Controlar dos intestinos	(10)		
<b>Nível de mobilidade</b>			
10 – Sentar-se e levantar-se da cadeira	(15)	7	0
11 – Sentar-se e levantar-se da sanita	(6)	3	0
12 – Entrar e sair da banheira ou duche	(1)	0	0
13 – Andar 50 metros em piso plano	15	(10)	0
14 – Subir e descer um lanço de escadas	10	(5)	0
15 – SE NÃO ANDAR, impulsional ou puxar uma cadeira de rodas	5	0	(não aplicável)
Score: <u>38</u>			
<b>Total Barthel: melhor score é 100; pior score é 0.</b>			

Nota 1: As tarefas 1-9, do nível de autonomia pessoal (incluindo o controlo dos intestinos e da bexiga), têm um score total possível de 53. As tarefas 10-15, do nível de mobilidade, têm um score total possível de 47. Os dois grupos de tarefas combinados produzem o total da escala de Barthel com um score total possível de 100.

<b>Dados</b>		<b>Preenchimento</b>	
3	Nome _____	Poucas vezes Muito raramente	2 3

**Questionário de dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 18 / 04 / 2014

Assinale com uma cruz (assim X), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
<b>GRAU 1</b>  Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.  <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	<input type="checkbox"/>
<b>GRAU 2</b>  Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.  <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	<input type="checkbox"/>
<b>GRAU 3</b>  Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.  <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>GRAU 4</b>  Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.  <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</i>	<input type="checkbox"/>
<b>GRAU 5</b>  Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	<input type="checkbox"/>

# HADS: Escala de Ansiedade e Depressão

Data: 18/01/2014

Nome: \_\_\_\_\_

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais. Leia cada frase e marque como você se sente. Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconcentre os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido na ÚLTIMA SEMANA:

Não demore muito tempo a pensar nas respostas a sua reação imediata a cada frase sem provavelmente mais exata do que uma resposta muito refletida.

A 3 2 1 0	Sinto-me tenso ou contrariado: A maior parte do tempo Muitas vezes De vez em quando, ocasionalmente Nunca	Sinto-me parado: Quase sempre Com muita frequência Algumas vezes Nunca	D 3 2 1 0
D 0 1 2 3	Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente: Tanto como antes Não tanto Só um pouco Quase nada	Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago: Nunca De vez em quando Muitas vezes Quase sempre	A 0 1 2 3
A 3 2 1 0	Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer: Nididamente e muito forte Sim, mas não muito forte Um pouco, mas não me incomoda De modo algum	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto: Com certeza Não tenho tanto cuidado como devia Talvez não tanto como antes Tanto como habitualmente	D 3 2 1 0
D 0 1 2 3	Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas: Tanto como habitualmente Não tanto como antes Nididamente menos agora Nunca	Sinto-me impaciente e não consigo estar parado: Muito Bastante Um pouco Nada	A 3 2 1 0
A 3 2 1 0	Tenho a cabeça cheia de preocupações: A maior parte do tempo Muitas vezes De vez em quando Raramente	Penso com prazer no que tenho a fazer: Tanto como habitualmente Menos que anteriormente Bastante menos que anteriormente Quase nunca	D 0 1 2 3
D 3 2 1 0	Sinto-me bem disposto: Nunca Poucas vezes Bastantes vezes Quase sempre	De repente, tenho sensações de pânico: Com grande frequência Bastantes vezes Algumas vezes Nunca	A 3 2 1 0
A 0 1 2	Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado: Sempre Habitualmente Algumas vezes	Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV: Frequentemente Algumas vezes	D 0 1 2

**Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 16/01/2014

**Instruções de preenchimento:**

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias actividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quanto sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 - Eu não faço de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)

1 - Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)

2 - Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 - Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)

4 - Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 - Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal	Cuidado doméstico
Enxugar-se	<input checked="" type="checkbox"/> Fazer a cama <input checked="" type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do tronco	<input checked="" type="checkbox"/> Mudar o lençol da cama <input checked="" type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias	<input checked="" type="checkbox"/> Lavar janelas/cortinas <input checked="" type="checkbox"/>
Lavar a cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Limpeza/limpar o pó <input checked="" type="checkbox"/>
	Lavar a louça <input checked="" type="checkbox"/>
	Utilizar o aspirador/varrer <input checked="" type="checkbox"/>

Lazer	Actividade física
Andar em casa	<input checked="" type="checkbox"/> Subir escadas <input checked="" type="checkbox"/>
Sair socialmente	<input checked="" type="checkbox"/> Inclinarse <input checked="" type="checkbox"/>

**Euro Qol**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 16/01/2014

Assinale com uma cruz (X), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje

<b>Mobilidade</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Não tenho problemas em andar			
Tenho alguns problemas em andar			
Tenho de estar na cama			
<b>Cuidados pessoais</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Não tenho problemas em cuidar de mim			
Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me			
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a			
<b>Actividades habituais (ex: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais			
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais			
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais			
<b>Dor / Mal-estar</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Não tenho dores ou mal-estar			
Tenho dores ou mal-estar moderados			
Tenho dores ou mal-estar extremos			
<b>Ansiedade / Depressão</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Não estou ansioso/a ou deprimido/a			
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a			
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a			
<b>Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Melhor			
Igual			
Pior			

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

O melhor estado de saúde imaginável

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

**Escala de Barthel Modificada**

Diagnóstico: DPOC Data: 28/1/14

Avaliador: Cláudia Branco

Total Barthel: \_\_\_\_\_

O seguinte quadro apresenta os itens ou tarefas contados na escala de Barthel, com os valores correspondentes para a realização das tarefas.

	"Pode por si próprio"	"Pode com ajuda"	"Não pode"
<b>Nível de autonomia pessoal</b>			
1 - Beber por uma chávena	10	0	0
2 - Comer	10	0	0
3 - Vestir a parte superior do corpo	10	5	0
4 - Vestir a parte inferior do corpo	10	5	0
5 - Colocar cinto ou suspensórios	10	5	0
6 - Toalhete pessoal	10	5	0
7 - Lavar-se ou tomar banho	10	5	0
8 - Controlo da urina	10	5	0
9 - Controlo dos intestinos	10	5	0
<b>Nível de mobilidade</b>			
10 - Sentar-se e levantar-se da cadeira	15	7	0
11 - Sentar-se e levantar-se da sanita	15	3	0
12 - Entrar e sair da banheira ou duche	15	0	0
13 - Andar 50 metros em piso plano	15	10	0
14 - Subir e descer um lanço de escadas	10	5	0
15 - SE NÃO ANDAR, impulsionar ou puxar uma cadeira de rodas	5	0	(não aplicável)

Total Barthel: melhor score é 100; pior score é 0.

Nota 1: As tarefas 1-9, do nível de autonomia pessoal (incluindo o controlo dos intestinos e da bexiga), têm um score total possível de 53. As tarefas 10-15, do nível de mobilidade, têm um score total possível de 47. Os dois grupos de tarefas combinados produzem o total da escala de Barthel com um score total possível de 100.

**HADS: Escala de Ansiedade e Depressão**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 28/01/2014

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido na ÚLTIMA SEMANA:

Não demore muito tempo a pensar nas respostas: a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

	A	D		A	D
1	Sinto-me tenso ou contraído:	Sinto-me parado:			
2	A maior parte do tempo	Quase sempre			
3	Muitas vezes	Com muita frequência			
4	De vez em quando, ocasionalmente	Algumas vezes			
5	Nunca	Nunca			
6	Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente:	Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago:			
7	Tanto como antes	Nunca			
8	Não tanto	De vez em quando			
9	Só um pouco	Muitas vezes			
10	Quase nada	Quase sempre			
11	Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer:	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto:			
12	Nitidamente e muito forte	Com certeza			
13	Sim, mas não muito forte	Não tenho tanto cuidado como devia			
14	Um pouco, mas não me incomoda	Talvez não tanto como antes			
15	De modo algum	Tanto como habitualmente			
16	Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas:	Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:			
17	Tanto como habitualmente	Muito			
18	Não tanto como antes	Bastante			
19	Nitidamente menos agora	Um pouco			
20	Nunca	Nada			
21	Tenho a cabeça cheia de preocupações:	Penso com prazer no que tenho a fazer:			
22	A maior parte do tempo	Tanto como habitualmente			
23	Muitas vezes	Menos que anteriormente			
24	De vez em quando	Bastante menos que anteriormente			
25	Raramente	Quase nunca			
26	Sinto-me bem disposto:	De repente, tenho sensações de pânico:			
27	Nunca	Com grande frequência			
28	Poucas vezes	Bastantes vezes			
29	Bastantes vezes	Algumas vezes			
30	Quase sempre	Nunca			
31	Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado:	Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV:			
32	Sempre	Frequentemente			
33	Habitualmente	Algumas vezes			
34	Algumas Vezes				

**Questionário de dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 28/1/14

Assinale com uma cruz (X), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

	3	2	1	0
<b>GRAU 1</b>				
Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.				
"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".				
<b>GRAU 2</b>				
Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.				
"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".				
<b>GRAU 3</b>				
Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal.				
"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".				
<b>GRAU 4</b>				
Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.				
"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".				
<b>GRAU 5</b>				
Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.				



**Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 28/11/14

**Instruções de preenchimento:**

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias actividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal	Cuidado doméstico
Enxugar-se <input checked="" type="checkbox"/>	Fazer a cama <input checked="" type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do tronco <input checked="" type="checkbox"/>	Mudar o lençol da cama <input checked="" type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias <input checked="" type="checkbox"/>	Lavar janelas/cortinas <input checked="" type="checkbox"/>
Lavar a cabeça <input checked="" type="checkbox"/>	Limpeza/limpar o pó <input checked="" type="checkbox"/>
	Lavar a louça <input checked="" type="checkbox"/>
	Utilizar o aspirador/varrer <input checked="" type="checkbox"/>

Lazer	Actividade física
Andar em casa <input checked="" type="checkbox"/>	Subir escadas <input checked="" type="checkbox"/>
Sair socialmente <input checked="" type="checkbox"/>	Inclinar-se <input checked="" type="checkbox"/>

**Euro Qol**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 28/11/14

Assinale com uma cruz (assim ☒) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje

<b>Mobilidade</b>	<input type="checkbox"/> 1
Não tenho problemas em andar	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/> 3
Tenho de estar na cama	
<b>Cuidados pessoais</b>	<input type="checkbox"/> 1
Não tenho problemas em cuidar de mim	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me	<input type="checkbox"/> 3
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	
<b>Actividades habituais (ex: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)</b>	<input type="checkbox"/> 1
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/> 3
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	
<b>Dor / Mal-estar</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Não tenho dores ou mal-estar	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Tenho dores ou mal-estar moderados	<input type="checkbox"/> 3
Tenho dores ou mal-estar extremos	
<b>Ansiedade / Depressão</b>	<input type="checkbox"/> 1
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/> 3
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	
<b>Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:</b>	<input type="checkbox"/> 1
Melhor	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Igual	<input type="checkbox"/> 3
Pior	

Gostariamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

**O melhor estado de saúde imaginável**

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

# PLANO DE CUIDADOS

## Requisitos de Autocuidado

Requisitos de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<b>Manutenção de inspiração de ar suficiente;</b>	Apresenta cansaço a esforços tais como lides domésticas e caminhar longas distâncias.	Défice na capacidade de expansão pulmonar relacionado com presença derrame pleural à direita e hiperinsuflação (DPOC) manifestado por cansaço a esforços.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatória nas técnicas respiratórias e de relaxamento.
<b>Manutenção de ingestão suficiente de água;</b>	Sem alterações da quantidade adequada de água por dia;	Não apresenta défice de autocuidado.	
<b>Manutenção de ingestão suficiente de alimentos;</b>	Ingeria uma dieta geral, realizando 3 refeições por dia.	Realiza dieta mais fracionada ao longo do dia (6 refeições por dia).	
<b>Promoção dos cuidados associados com a eliminação;</b>	Utilizava a casa de banho para os cuidados relacionados com a eliminação de uma forma autónoma. Usava cuecas;	Urina e evacua na arrastadeira (com colaboração da equipa para a colocação da mesma) ou vai ao WC com ajuda de terceira pessoa e andarilho.	Sistema de enfermagem educativo e de suporte;
<b>A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso:</b>	Tinha o dia ocupado entre a atividade profissional e a vida pessoal, com períodos de descanso entre 6 e 7 horas por noite.	Programa de reeducação funcional motora e respiratória com equipa. Refere que descansa cerca de 7/8 horas durante a noite, mas que durante o dia gosta de dormir a sua cesta.	
<b>A manutenção do equilíbrio</b>	Interagia diariamente com a família.	No domicílio a utente refere que durante o dia	

<b>entre a solidão e a interação social:</b>		<p>gostava de acordar cedo e dar pequenos passeios na zona onde vive, contudo ultimamente já era mais difícil devido aos edemas dos membros inferiores e ao cansaço fácil que possuía. Encontrava dificuldade em sair de casa porque tem 3 degraus à entrada do prédio os quais já era difícil subir.</p> <p>Deambulava em casa agarrada aos armários e paredes, para ir ao wc.</p> <p>Refere ainda que passava muito tempo a ver os programas da televisão portuguesa porque eram uma companhia que ela gostava de ter diariamente.</p> <p>Vive com o filho mais novo e marido. O filho mais velho e os netos todos os dias a visitam.</p> <p>Durante o internamento recebeu várias vezes a família (marido e filhos).</p>	
<b>A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano</b>	Sem riscos identificados	<p>Neste momento com baixo risco de queda na escala de Morse.</p> <p>Mantém-se motivada quanto à sua recuperação, e com força de vontade para realizar exercícios em casa, com boa evolução em termos de fortalecimento muscular e equilíbrio.</p>	Sistema de enfermagem educativo e de suporte.
<b>A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem</b>	Era autónoma em todas as suas atividades de vida diárias;	Neste momento consegue de uma forma parcialmente dependente satisfazer as	Sistema de enfermagem parcialmente compensatória nos cuidados de higiene;

<p><b>dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.</b></p>		<p>atividades de vida diárias: Higiene, de uma forma autônoma consegue vestir, despir e arrumar-se (parte superior do corpo), mobilizar-se na cama.</p> <p>Para efetuar transferências (leito – cadeira, cadeira – leito) necessita de ajuda e supervisão. Consegue deambular com auxílio de andarilho mas ainda com medo em realiza-lo de forma autônoma.</p> <p>Apresenta também algum cansaço a esforços, com necessidade de aporte de oxigênio a 0.5l/min por óculos nasais e de realizar algumas pausas e sentar-se na cadeira, aquando da marcha.</p>	<p>Sistema de enfermagem educativo e de suporte para todas as atividades que consegue realizar.</p> <p>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório para exercícios de treino de marcha, equilíbrio dinâmico na posição de pé e sentado.</p>
--	--	---	--

## RESUMO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Resumo dos problemas identificados à data de 16.01.2014

- Défice na capacidade de expansão pulmonar relacionado com presença derrame pleural à direita e hiperinsuflação (DPOC) manifestado por cansaço a esforços.
- Défice de autocuidado de promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal *relacionado com* necessidade de ajuda na satisfação das AVDs.



Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
16.01.2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Défi ce na capacidade de expansão pulmonar <i>relacionado com</i> presença de derrame pleural à direita e hiperinsuflação (DPOC) <i>manifestado por</i> cansaço a pequenos esforços e necessidade de realizar BIPAP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impedir a formação de aderências;</li> <li>Impedir ou corrigir posições antiálgicas defeituosas e suas consequências;</li> <li>Diminuir a hiperinsuflação;</li> <li>Corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar;</li> <li>Identificar estratégias que a levem a utente a ser capaz de realizar atividades de forma mais autónoma e com menos cansaço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auscultação pulmonar;</li> <li>Observação de exames complementares de diagnóstico;</li> <li>Ensino sobre a adoção de posições de descanso e relaxamento;</li> <li>Ensino de técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>Ensino e assistência nas técnicas de reeducação respiratórias;</li> <li>Aporte de oxigénio a 0,5l/min durante o dia;</li> <li>Administração da terapêutica inalatória broncodilatadores e corticoides;</li> <li>Ensino sobre técnica inalatória.</li> </ul>	<p><b>16.01.2014</b> Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuídos em ambos os terços inferiores; discretos fervores subcrepitantes no terço superior à esquerda. Realizados exercícios de reabilitação respiratória com a utente, nomeadamente: técnicas e posições de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação respiratória abdomino-diafragmática com resistência pelo enfermeiro; reeducação costal global com bastão. Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 89%-91%. Realizados ensin os sobre técnica de inaloterapia.</p> <p><b>18.01.2014</b> Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuídos em ambos os terços inferiores; discretos fervores crepitantes no terço superior à esquerda. Realizados exercícios de reabilitação respiratória com a utente, nomeadamente:</p>

				<p>técnicas e posições de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação costal global com bastão (10 repetições); reeducação costal seletiva com abdução dos membros superiores com resistência de 0.5kg (10 repetições) recorrendo a manobras acessórias (compressão).</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 87%-93%. Reforçados ensinios sobre técnica de inaloterapia.</p> <p><b>20.01.2014</b>  Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuídos em ambos os terços inferiores; discretos fervores crepitantes no terço superior à esquerda.</p> <p>Realizados exercícios de reabilitação respiratória com a utente, nomeadamente: técnicas e posições de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação respiratória abdomino-diafragmática com resistência pelo enfermeiro; reeducação costal global</p>
--	--	--	--	--

				<p>com bastão (14 repetições); reeducação costal seletiva, direita e esquerda, com abdução do membro superior (com recurso a peso 0.5kg) (2 séries de 7 repetições).</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 88%-92%. Reforçados ensinios sobre técnica de inaloterapia.</p> <p><b>21.01.2014</b>  Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuídos em ambos os terços inferiores. Realizados exercícios de reabilitação respiratória com a utente, nomeadamente: técnicas e posições de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação costal global com faixa elástica (2 séries de 7 repetições); reeducação costal global com bola propriocetiva (2 séries de 7 repetições); reeducação costal seletiva, direita e esquerda, com abdução do membro superior com resistência de 0.5kg e bola propriocetiva na mão (2 séries de 7</p>
--	--	--	--	--

				<p>repetições).</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigênio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 90%-91%. Reforçados ensinios sobre técnica de inaloterapia.</p> <p><b>22.01.2014</b></p> <p>Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuídos em ambos os terços inferiores; discretos fervores crepitantes em ambos os terços superiores.</p> <p>Realizados exercícios de reabilitação respiratória, nomeadamente: técnicas e posições de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação respiratória abdomino-diafragmática com resistência de 1kg e pelo enfermeiro (10 repetições); reeducação costal global com bastão (10 repetições); reeducação costal seletiva, direita e esquerda, com abdução do membro superior, com resistência de 1kg e pelo enfermeiro (10 repetições).</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigênio por óculos nasais a 0.5l/min com</p>
--	--	--	--	---

				<p>boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 90%-92%. Reforçados ensinios sobre técnica de inaloterapia.</p> <p><b>27.01.2014</b> Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído em ambos os terços inferiores. Realizados exercícios de reabilitação respiratória, nomeadamente: técnicas e posições de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 90%-92%. Reforçados ensinios sobre técnica de inaloterapia.</p> <p><b>29.01.2014</b> Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído em ambos os terços inferiores; discretos fervores crepitantes nos terços superiores. Realizados exercícios de reabilitação respiratória com a utente, nomeadamente: técnicas e posições de relaxamento;</p>
--	--	--	--	--

				<p>controle e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação respiratória abdomino-diafragmática com resistência pelo enfermeiro; reeducação respiratória abdomino-diafragmática da hemicupula direita e esquerda com resistência pelo enfermeiro; reeducação costal global com bastão (2 séries de 7 repetições); reeducação costal seletiva com abdução do membro superior, direito e esquerdo, com resistência de 1kg.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigênio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 91%-92%. Reforçados ensinios sobre técnica de inaloterapia.</p> <p><b>30.01.2014</b>  Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído em ambos os terços inferiores. Realizados exercícios de reabilitação respiratória com a utente, nomeadamente: técnicas e posições de relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de</p>
--	--	--	--	--

				<p>oxigênio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 91%-92%. Utente tem alta clinica hoje. Reforçados ensinios sobre técnica de inaloterapia.</p>
--	--	--	--	---

Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
16.01.2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Défice autocuidado de promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal <i>relacionado com</i> necessidade de ajuda na satisfação das AVDs (marcha, auto-cuidado).</li> </ul>	<p>Alcançar a autonomia nas AVDs;</p> <p>Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nas AVDs;</p> <p>Alcançar segurança nas transferências e na realização de marcha evitando acidentes e/ou quedas.</p> <p>Promover a reeducação funcional sensório motora (treino de marcha, treino do equilíbrio sentado e em pé, mobilizações ativas, transferências, subir e descer escadas);</p> <p>Preservar e recuperar a amplitude dos movimentos dos MIs;</p> <p>Preservar a flexibilidade;</p> <p>Melhorar o equilíbrio;</p> <p>Facilitar as atividades no leito;</p> <p>Manter a integridade das estruturas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar a D<sup>a</sup> M.J. para o auto-cuidado, através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocação do nível da cama o mais baixo possível, sempre com as grades para cima e com as rodas travadas;</li> <li>- Assegurar que possui a campainha ao seu alcance para chamar a equipa se assim for necessário;</li> <li>- Assegurar que os objetos de constante uso estão ao alcance e sempre arrumados no mesmo local;</li> <li>- Assegurar adequada iluminação na área de movimentação e manter essa mesma área o mais livre de objetos possível para facilitar deambulação da utente;</li> <li>- Utilização adequada do andarilho, fazendo com que a D<sup>a</sup> M.J. reconheça os seus limites.</li> <li>- Treinar técnicas de conservação de energia (no vestir/despír e arrumar-se; no treino de marcha; no subir e descer escadas).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Vestir/despír e arrumar-se</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir que seja a D<sup>a</sup> M.J. a vestir a roupa que consegue – incentivar a utente a que seja ela própria a vestir-se;</li> <li>- Utilizar calçado adequado de forma a facilitar o treino de carga e de marcha;</li> </ul> <p><b>Mobilização:</b></p>	<p><b>16.01.2014</b></p> <p>Utente necessita de ajuda parcial de terceiros para o auto-cuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores nomeadamente: flexão/extensão dos cotovelos (7 repetições) com resistência de 0.5kg; flexão/extensão dos ombros com bastão (7 repetições); abdução/adução dos ombros com peso 0.5kg (7 repetições).</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores nomeadamente: flexão/extensão dos joelhos (7 repetições); flexão/extensão da articulação tibio-társica (7 repetições).</p> <p>Realizado ainda treino de marcha com andarilho +/- 15m.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 89%-91%.</p>



		<p>articulares;</p> <p>Manter o equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática;</p> <p>Aumentar a força muscular dos MIs;</p> <p>Minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade;</p> <p>Prevenir e/ou inibir a instalação de espasticidade e suas complicações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação de como vai decorrer;</li> <li>- Pedir a colaboração, com a finalidade de o responsabilizar pela sua recuperação;</li> <li>- Proporcionar, se possível, um ambiente calmo, isento de barulho;</li> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Avaliar a motricidade;</li> <li>- Avaliar o tônus muscular, através da escala modificada de Ashworth;</li> <li>- Avaliar a força muscular através da escala de Lower;</li> <li>- Executar mobilizações ativas, ativas assistidas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares dos MIs;</li> <li>- Executar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal da utente;</li> <li>- Estimular a utente a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a reintegrar cognitivamente o esquema corporal e a promover o engrama motor;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a realização de atividades terapêuticas no leito (ponte, rolar para ambos os lados);</li> <li>- Incentivar a realizar mobilizações ativas;</li> <li>- Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</li> <li>- Ensinar e estimular a realização de exercícios de fortalecimento muscular das coxas, glúteos com exercícios isométricos</li> </ul>	<p><b>18.01.2014</b></p> <p>Utente necessita de ajuda parcial de terceiros para o auto-cuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, nomeadamente: flexão/extensão dos cotovelos (7 repetições) com recurso a peso 0.5kg; abdução/adução dos ombros (7 repetições).</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores, nomeadamente: flexão/extensão dos joelhos com recurso a bola suíça (10 repetições); flexão/dorsiflexão da articulação tibio-társica (10 repetições); estimulação sensitiva a nível plantar com recurso a bola propriocetiva (10 repetições).</p> <p>Realizado ainda treino de marcha com andarilho +/-20m.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 87%-93%.</p>
--	--	---	---	--

			<p>e exercícios ativos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar e instruir a utente sobre técnicas de exercício muscular e articular [auto-mobilizações] dos MIs;</li> <li>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular [auto-mobilizações] do Mis;</li> <li>- Exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisionar as transferências do leito para o cadeirão; do leito para a posição de pé com apoio do andarilho; do cadeirão para o leito e da posição de pé com andarilho para o leito;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceder aos registos de atividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da utente;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolver a família nos cuidados.</li> </ul>	<p><b>20.01.2014</b></p> <p>Utente necessita de ajuda parcial de terceiros para o auto-cuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, nomeadamente: flexão/extensão do ombro (2 séries de 7 repetições); abdução/adução do ombro com peso 0.5kg (10 repetições); flexão/extensão do cotovelo (2séries de 7 repetições); flexão/extensão do punho (2 séries de 7 repetições).</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores, nomeadamente: flexão/extensão dos joelhos com recurso a bola suíça (20 repetições); oscilação pélvica com utente sentada em cadeirão e recurso a bola suíça (20 repetições); aumento da sensibilidade da região plantar com recurso a bola propriocetiva (15 repetições); flexão/dorsiflexão tibio-társica com recurso a bola propriocetiva (15 repetições).</p> <p>Realizado ainda treino de marcha com andarilho +/- 20m.</p>
--	--	--	---	--

				<p>Exercícios realizados com aporte de oxigênio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 88%-92%.</p> <p><b>21.01.2014</b>          Utente necessita de ajuda parcial no auto-cuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Realizados exercícios de relaxamento nomeadamente: flexão/extensão do pescoço (10 repetições); rotação em círculos dos ombros (10 repetições); lateralização do tronco à direita e esquerda com bola propriocetiva na mão (10 repetições).</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, nomeadamente: abdução/adução dos ombros com faixa elástica de resistência (7 repetições); flexão/extensão dos ombros com bola propriocetiva (10 repetições); flexão/extensão dos cotovelos com faixa elástica de resistência (7 repetições); abdução/adução dos ombros em simultâneo com flexão/extensão do cotovelo com bola propriocetiva em cada mão (10 repetições).</p>
--	--	--	--	--

				<p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores, nomeadamente: flexão/extensão coxo femoral com utente junto ao leito (7 repetições); flexão/extensão dos joelhos com utente junto ao leito (7 repetições). Realizado ainda treino de marcha +/- 20m. Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 90%-91%.</p> <p><b>22.01.2014</b>          Utente é autónoma no auto-cuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Realizados exercícios de relaxamento, nomeadamente: rotação interna/externa dos ombros (10 repetições) e elevação dos ombros (10 repetições).</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, nomeadamente: flexão/extensão dos ombros com halteres de 0.5kg (15 repetições); abdução/adução dos ombros com halteres de 0.5kg (10 repetições); flexão/extensão dos cotovelos com 0.5kg (2 séries de 7 repetições).</p>
--	--	--	--	---

				<p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores, nomeadamente: flexão/extensão dos joelhos com bola suíça (10 repetições); oscilação pélvica com bola suíça (10 repetições); flexão/dorsiflexão tibio-társica com recurso a bola propriocetiva (10 repetições).</p> <p>Realizados ainda exercícios de estimulação sensitiva plantar com recurso a bola propriocetiva.</p> <p>Realizado ainda treino de marcha com andarilho +/-20m.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 90%-92%.</p> <p><b>27.01.2014</b></p> <p>Utente é autónoma no auto-cuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Utente encontrava-se em jejum para colheita de análises pelo que foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores nomeadamente: flexão/extensão dos joelhos (10 repetições); abdução/adução</p>
--	--	--	--	--

				<p>coxofemoral (7 repetições).</p> <p>Realizado ainda, depois de utente ter tomado o pequeno-almoço, treino de marcha sem andarilho, com apoio de terceira pessoa, num trajeto mais ou menos de 30m.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 90%-92%.</p> <p><b>29.01.2014</b></p> <p>Utente é autónoma no autocuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, nomeadamente: flexão/extensão dos ombros com haltere 0.5kg (10 repetições); abdução/adução dos ombros com haltere 0.5kg (10 repetições); flexão/extensão dos cotovelos com haltere 0.5kg (10 repetições).</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores, nomeadamente: flexão/extensão dos joelhos com bola suíça (15 repetições); flexão/extensão dos joelhos com</p>
--	--	--	--	---

				<p>resistência pelo enfermeiro (10 repetições); oscilação pélvica com bola suíça (15 repetições); flexão/extensão coxo femoral com resistência pelo enfermeiro (10 repetições); abdução/adução coxo femoral com resistência pelo enfermeiro (10 repetições).</p> <p>Realizado ainda treino de marcha sem andarilho, com apoio de terceira pessoa, +/- 30m.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigênio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 91%-92%.</p> <p><b>30.01.2014</b>          Utente é autónoma no autocuidado higiene no wc e vestir-se.</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores: flexão/extensão dos ombros (10 repetições); flexão/extensão dos cotovelos (10 repetições).</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores: abdução/adução coxofemoral com bola</p>
--	--	--	--	--

				<p>proprioceptiva (10 repetições); flexão/extensão dos joelhos (10 repetições).</p> <p>Realizado treino de marcha sem andarilho, com apoio de terceira pessoa, +/- 10m.</p> <p>Realizado ainda treino de subida e descida de escadas. Utente subiu e desceu 3 degraus, com ajuda de 2 pessoas. Apresenta cansaço fácil com a realização deste exercício (mantem boas saturações periféricas de oxigénio, com aporte de oxigénio a 0.5l/min). Apresenta também dificuldade nesta atividade por edemas exacerbados dos membros inferiores.</p> <p>Exercícios realizados com aporte de oxigénio por óculos nasais a 0.5l/min com boa tolerância por parte da utente. Saturações oscilantes entre os 91%-92%. Utente tem alta clinica hoje.</p>
--	--	--	--	---





# CONCLUSÃO

Nesta situação clínica foi evidente o trabalho dos enfermeiros especialistas de reabilitação, em conjunto com a D<sup>a</sup> M.J., na recuperação da autonomia para o seu dia-a-dia e atividades de vida diárias.

É notória a motivação crescente que esta utente apresenta na sua recuperação e na disponibilidade que tem para com a equipa.

São estas situações que dão visão ao trabalho que é realizado, e pode ser realizado, pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Hoje a D<sup>a</sup> M.J. já é capaz de sair do leito e realizar marcha com apoio do andarilho sem ajuda de terceiros. Necessita ainda de maior incentivo a deambular sem andarilho apenas com supervisão (utente refere que tem medo de cair). Ainda apresenta dificuldades (cansaço) na subida e descida de escadas. Tornou-se autónoma no autocuidado higiene no wc e vestir-se.

Incentivada no hábito de estilos de vida mais saudáveis nomeadamente no que toca à alimentação. Incentivada também na procura de motivações para sair de casa.

Durante o internamento foram realizados os seguintes exercícios e registados nas seguintes tabelas.

[illegible][illegible]





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – conceitos, princípios e técnicas* (1ª edição). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª edição) Loures: Lusodidata.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.



## **APÊNDICE V**

### **Incidente Crítico**





## INCIDENTE CRÍTICO

A situação, que é descrita em seguida, representa um momento de crescimento pessoal/profissional que vivi durante o ensino clínico que decorre na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).

Neste incidente crítico, decidi abordar o tema “Papel do enfermeiro de reabilitação em doentes do foro paliativo”.

Trabalho num serviço de medicina de um hospital central e nele a maioria dos doentes que tenho internados são do foro oncológico e que estão ali internados devido a um agravamento da patologia oncológica. São por esse motivo uma população com a qual lido diariamente e é visível como ainda há alguma dificuldade em cuidar deste tipo de doentes. Não só em termos de enfermagem mas também em termos médicos. Refletindo um pouco sobre esta questão como ainda é difícil cuidar destes doentes, penso que a questão recai sobre a dificuldade que os enfermeiros têm em lidar com a morte, o sofrimento do outro, e o desconhecido.

Mas a questão que me levou a refletir sobre o papel do enfermeiro de reabilitação em doentes do foro paliativo, foi que durante o ensino clínico houve a entrada de pelo menos 4 utentes do foro oncológico referenciados para reabilitação.

Estas situações levaram a que pudesse refletir um pouco sobre qual o tipo de intervenções é que o enfermeiro especialista em reabilitação pode ter em utentes que padecem deste tipo de patologias.

A ECCI onde estou integrada não possui enfermeiro especialista vertente oncológica, o que leva a que estes utentes não possam ficar “à deriva” e sem apoio domiciliário, pelo que são referenciados para os especialistas em reabilitação.

Durante as aulas da pós-licenciatura de especialização e mestrado em enfermagem de reabilitação tivemos a oportunidade de ter aulas com o professor Ricardo Braga, cuja tese de mestrado em cuidados paliativos reflete sobre a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos. Essas aulas permitiram refletir sobre o tipo de intervenções que o enfermeiro de reabilitação pode ter nesta população.

Podemos pensar que tipo de apoio necessitam os utentes que se encontram em cuidados paliativos e que se encontram já num estadio avançado da sua doença? Porquê só agora neste estadio avançado da doença é que falamos em enfermagem especializada? Porque não começar logo a trabalhar estes doentes, desde o diagnóstico? Será o enfermeiro especialista em reabilitação o elemento mais indicado para essa prestação de cuidados? Deveríamos trabalhar mais em equipa, enfermeiros de reabilitação e de cuidados paliativos?

Se calhar quando há falta de outro tipo de enfermeiro mais especializado, como é o caso nesta equipa, penso que sim, que o enfermeiro especialista em reabilitação tem um papel fundamental neste tipo de utentes. Provavelmente penso que poderíamos trabalhar em conjunto, enfermeiros com especialidade médico-cirúrgica vertente oncológica e reabilitação. Isto porque e segundo Braga (2009), as duas vertentes se complementam e regem-se pelos mesmos princípios, em que a pessoa e a família são os elementos centrais dos cuidados prestados e visam auxiliar a pessoa a viver ativamente, com melhor qualidade de vida e procurando alcançar os seus objetivos pessoais.

Falarmos em reabilitação em doentes oncológicos é algo recente e segundo Braga (2009) esta atenção está cada vez mais presente devido ao aumento significativo na sobrevivência relacionado com as novas abordagens terapêuticas que visam a obtenção de qualidade de vida desses doentes.

Como a taxa de sobrevivência tem vindo a aumentar, devido a novas abordagens, torna-se fundamental que os enfermeiros estejam despertos para o seu papel e para o tipo de intervenções que podem prestar a esta população logo desde o diagnóstico. Contudo quando pensamos em cuidados paliativos, pensamos em cuidados centrados em pessoas cujo estadio da doença já é avançado e cujo papel do enfermeiro passa pelo controlo da dor e da dispneia (entre outros). Mas quando pensamos em cuidados de reabilitação, pensamos no papel do enfermeiro em potenciar ou recuperar funções das pessoas que perderam aquando da doença.

Segundo Braga (2009) os cuidados prestados pelos cuidados paliativos e pelos de reabilitação são praticados em diferentes fases do processo saúde/doença, mas podem e devem complementar-se. Enquanto os cuidados paliativos se centram no controlo e

sintomas em utentes em estadio avançado de doença, os cuidados de reabilitação centram-se em utentes que estão em fase aguda ou pós-aguda da doença e que possuem ainda algum potencial de recuperação. Contudo não podemos esquecer que os cuidados paliativos visam também potenciar as capacidades da pessoa até ao fim da sua vida.

O controlo de sintomas é uma das áreas-chave dos cuidados paliativos. Contudo quando refletimos sobre as intervenções do enfermeiro de reabilitação, verificamos que muitas delas passam também pelo controlo de sintomas, tais como a dor, a dispneia, a tosse, a astenia, a fadiga (através da reabilitação cardíaca e respiratória), a disfagia, obstipação e outras alterações da eliminação vesical e intestinal (Braga, 2009).

Contudo o papel do enfermeiro de reabilitação pode passar por muito mais que esse controlo de sintomas. Uma pessoa com uma doença oncológica necessita também de outras intervenções, intervenções essas que o enfermeiro especialista de reabilitação pode dar resposta. A pessoa vai necessitar de um programa de reabilitação motora adequada às suas necessidades e capacidades, tendo em conta a sua resistência e tolerância ao esforço. Ou pode necessitar de ajuda em termos de comunicação/linguagem, ou em termos de sensibilidade, entre outros (Braga, 2009). Todas estas intervenções visam a obtenção de autonomia na mobilidade e nas atividades de vida diárias.

Já para não falar do apoio emocional que o enfermeiro de cuidados paliativos ou de reabilitação poderá dar a estas pessoas. Porque não se trata de curar este tipo de doentes, mas sim em permitir uma melhor experiência e vivência da morte (e da sua aproximação) e da deficiência/dependência de terceiros.

Porque reduzir a incapacidade através da maximização da capacidade funcional, independência física e qualidade de vida, por meio de uma eficaz prestação de cuidados, é o objetivo da enfermagem de reabilitação em contexto paliativo (Braga, 2009).



## **APÊNDICE VI**

### **Incidente Crítico**



## INCIDENTE CRÍTICO

A situação, que é descrita em seguida, representa um momento de crescimento pessoal/profissional que vivi durante o ensino clínico que decorre na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).

Neste incidente crítico, decidi abordar o tema “Articulação entre os centros de saúde e hospitais e vice-versa”.

Em 1993 é publicado o novo estatuto do SNS através do decreto de lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, que procura resolver a incorreta dicotomia entre os cuidados primários e cuidados diferenciados (hospitalares), do ponto de vista médico e organizativo. Para resolver a tal dicotomia, foi necessário a criação de unidades integradas de cuidados de saúde que tinham como objetivo primordial a tal articulação entre cuidados primários e hospitalares.

Com a existência de tantos e tão diferentes modos de prestação de cuidados de saúde, com diferentes modos de gestão e cuidados específicos, torna-se fundamental assegurar uma eficaz referenciação do utente dentro do próprio sistema de saúde, através da interligação e articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais, maximizando o potencial e rentabilidade dos mesmos, reduzindo os custos e desperdícios de recursos (Torres & Monte 2011<sup>2</sup>).

Torres & Monte (2011) enunciam que o objetivo principal das instituições hospitalares, centrado no cidadão, deverá consistir na promoção da articulação mais eficaz com os cuidados de saúde primários, por sua vez o objetivo dos cuidados de saúde primários consiste na procura do melhor nível de saúde da população da área geográfica que abrange.

Segundo as autoras supracitadas e Tavares (2008)<sup>3</sup> a existência da articulação eficaz entre os cuidados de saúde primários e os hospitais visa obter ganhos em saúde pois

---

<sup>2</sup> TORRES, A.; MONTE, A. A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e o seu impacto a nível regional. *Gestão de bens comuns e desenvolvimento regional sustentável – 17º congresso da APDR*. Bragança, Zamora 29 de junho a 2 de julho 2011 [Em linha]. [Consulta a 26.11.2013] . Disponível em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2bAPMonte\\_Proceedings\\_17%C2%BAcongresso\\_APDR-2011\\_p1607.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2bAPMonte_Proceedings_17%C2%BAcongresso_APDR-2011_p1607.pdf)

<sup>3</sup> TAVARES, H. (2008) Articulação de cuidados de enfermagem entre hospital e centro de saúde no âmbito dos cuidados continuados. Dissertação ao grau de mestre em ciências de enfermagem do instituto de ciências biomédicas



todos os cidadãos obtêm uma correta e eficaz continuidade de cuidados que necessitam.

Porquê abordar e refletir sobre este tema!? Primeiro porque foi este o motivo que me levou a querer realizar o ensino clínico num centro de saúde trabalhando há 4anos em meio hospitalar. Segundo porque continuo a achar que muitas vezes a articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais e vice-versa ainda não é a mais eficaz. Continuo a achar que os enfermeiros não estão despertos para a importância da articulação entre os diversos organismos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente o funcionamento da equipa de gestão de altas em contexto hospitalar, não sendo por isso essa articulação vista na sua plenitude e centrada na continuidade de cuidados e para a prática de cuidados de qualidade.

Será que o que Tavares (2008) refere é verdade, será que as equipas de enfermagem dos cuidados de saúde primários continuam de costas voltadas para as equipas de enfermagem hospitalares e vice-versa?! Não creio que a questão da pouco eficaz articulação entre cuidados de saúde primários e hospitais passe por aí...mas sim na talvez falta de recursos financeiros, humanos, temporais...

Trabalhando em meio hospitalar há 4 anos, recebo 4 a 5 doentes por dia e nenhum deles vem referenciado (ou com nota de enfermagem) do centro de saúde. Por dia somos capazes de dar 3 a 4 altas por dia, e inicialmente só realizávamos carta de enfermagem impressa (para ser entregue no centro de saúde pelo doente e/ou cuidador/família) aos utentes que necessitavam de continuidade de cuidados no domicílio, tais como tratamento de feridas e/ou necessidade de oxigénio ou aspiração de secreções, e/ou a utentes com presença de dispositivos (entubação nasogástrica, algaliação).

Há mais ou menos 3 anos que iniciámos, dentro do serviço onde trabalho, a enviar emails (com a carta de enfermagem) para os centros de saúde e / ou a realizar telefonemas. Contudo muitas vezes isso ainda não está interiorizado na equipa e muitas vezes por esquecimento ou por falta de tempo e recursos humanos nos turnos da manhã esses emails e telefonemas não são realizados.

Quero acreditar que todos nós, como enfermeiros, reconhecemos a importância da articulação entre cuidados primários e hospitalares, contudo numa manhã onde sou responsável por 6 a 10 doentes, e se 2 ou 3 desses doentes tiverem alta, como consigo realizar 2 ou 3 cartas de alta? Como consigo realizar 2 ou 3 telefonemas (não contando com o facto do difícil que é entrar em contacto com as instituições)? Como consigo escrever 2 ou 3 emails informando das necessidades de determinado utente?

A falta de recursos torna difícil o enfermeiro conseguir dar resposta a todas as situações para as quais é solicitado. O tempo que se despende para estar diante de um computador ou ao telefone, faz-me questionar como poderíamos melhorar esta situação!? Não é por falta de vontade ou por não reconhecermos a importância desta articulação. Mas há situações complicadas, que os enfermeiros não conseguem ultrapassar sem recurso a outros meios.

Há mais ou menos 1 mês que se iniciou uma nova estratégia dentro da equipa onde trabalho. Esta vai ao encontro da necessidade de se refletir sobre a importância da articulação eficaz entre cuidados de saúde primários e os hospitais. Esta estratégia, passa por ter que realizar carta de alta de enfermagem para todos os utentes que saem do serviço, para estes entregarem no centro de saúde. Tal como acontece com as notas de alta médicas, agora também todos os utentes saem com uma carta de enfermagem.

Se por vezes se torna complicado enviar emails e/ou realizar telefonemas para os doentes que necessitam de cuidados efetivos no domicílio, questiono-me sobre as vantagens da existência desta carta para todos os utentes!? Na minha opinião penso que ainda existe alguma população que, tal como eu, não usufrui dos cuidados de saúde primários e cujos médicos de família que têm são a nível de instituições privadas. Por esse motivo qual será a vantagem da existência de uma carta de enfermagem para todos os utentes? Tal questão não se poria se existisse uma plataforma informática (mas essa questão mais a frente irá ser refletida).

A carta médica é algo que está enraizado na nossa população, é logo um dos primeiros aspetos que perguntam, aquando da alta, quando e quem é que entrega a nota de alta e as receitas. O mesmo não acontece quando entrego a carta de enfermagem. Muitos utentes e/ou familiares questionam-me para que serve e o que têm que fazer com

aquilo. Reações como “*mas como vou agora entregar isto ao centro de saúde (...)*” ou “*(...) eu nem vou ao centro de saúde (...)*” são apenas algumas.

Estas questões colocam-se perante o serviço e hospital onde trabalho. Onde todos os registos ainda são realizados em papel. Porque observando e refletindo sobre o que se passa na equipa onde agora realizo ensino clínico, possuí uma plataforma informática (*Gestcare®*) onde os enfermeiros do centro de saúde e os do hospital conseguem ter acesso a todo o historial clínico de determinado utente. Todos os registos se encontram nessa plataforma, não havendo necessidade de duplicar informação ou desperdiçar recursos numa carta de enfermagem. A existência desta plataforma vem em várias perspetivas melhorar a prestação de cuidados. Consegue-se assim ter uma visão completa de cada utente. Conseguimos através dessa plataforma perceber o que aconteceu durante o internamento hospitalar, quando tem alta e que tipo de necessidades vai possuir aquando da alta. Por sua vez os enfermeiros a nível hospitalar conseguem perceber que tipo de apoio e necessidades o utente que agora está internado possui no domicílio.

A existência desta plataforma permite assim a existência da tal articulação eficaz entre os cuidados de saúde primários e os hospitais, levando à existência de ganhos em saúde através de uma correta e eficaz continuidade de cuidados.

Por sua vez a existência de registos ainda em papel poderá levar a uma ineficaz continuidade de cuidados, onde estamos dependentes de um esforço de coordenação de ambas as partes (hospitais e cuidados de saúde primários), e onde os enfermeiros se apoiam na falta de recursos e onde os utentes ainda não estão despertos para a existência da carta de alta de enfermagem. Ideia partilhada pelas autoras Torres & Monte (2011) e por Tavares (2008) quando referem que se torna crucial que os cuidados de saúde primários e os hospitais respeitem uma panóplia de valores e princípios fundamentais, procurando elevar o nível de saúde da população da sua área geográfica, através da conciliação de instrumentos de desburocratização, da agilização e otimização de recursos, com vista à prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Torna-se assim fundamental que os enfermeiros reconheçam a importância de uma eficaz articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais e vice-versa. É crucial que tenham em conta todos os obstáculos existentes na sua prática diária, que

trabalhem em equipa e que pratiquem os melhores cuidados de saúde possíveis, permitindo uma continuidade dos cuidados do hospital para a comunidade e da comunidade para o hospital. Porque para existir ganhos em saúde os enfermeiros não podem trabalhar de costas voltadas.

.